

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1963 - N° 148

CONSIDÉRATIONS SUR LES OCCLUSIONS POST-OPÉRATOIRES PRÉCOCES

(à propos de 24 observations)

THÈSE

présentée

A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 juin 1963

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

PAYERNE Michel

Né le 18 Juin 1930 à La Tronche (Isère)



Jean POLGE
Imprimeur
6bis, rue Janin
LYON

1963

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1963 - N° 148

CONSIDÉRATIONS SUR LES OCCLUSIONS POST-OPÉRATOIRES PRÉCOCES

(à propos de 24 observations)

THÈSE

présentée

A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 juin 1963

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

PAYERNE Michel

Né le 18 Juin 1930 à La Tronche (Isère)



Jean POLGE
Imprimeur
6bis, rue Janin
LYON

—
1963



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. J. LEPINE : Doyen Honoraire
Membre de l'Institut

M. H. HERMANN : Doyen
Correspondant de l'Institut

MM. M. LEVRAT, Assesseur
L. REVOL, Assesseur

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET.

PROFESSEURS

MM.	
HERMANN	Physiologie A
CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (déta- ché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale
ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
P.-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique et matière médicale
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
BERNHEIM	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge
JOURDAN	Biologie médicale et pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVEN	Pharmacie chimique et Pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phthisiologie
CREYSSEL	Clinique traumatologique des membres
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel	Thérapeutique
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
MONNET	Bactériologie
BANSSILLON	Physiologie et Pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
X...	Histologie et embryologie

MM.

Physique nucléaire appliquée à la médecine
Bactériologie
Physiologie
Chirurgie générale

MM.

Pédiatrie et Puériculture
Climatologie
Thérapeutique chirurg.

MM.

Propédeutique chirurg.
Chimie pharmaceutique

MM.

Parasitologie
Pharmacie chimique et
Pharmacologie
Chimie organique
et toxicologie

MM.

Histologie et embryologie
Anatomie pathologique
Physique biologique

MM

Neuro-chirurgie
Médecine générale
Chimie biologique
Hygiène
Parasitologie
Médecine du Travail
Electro-radiologie
Médecine générale
Botanique et cryptogamie
Chimie analytique
Médecine générale et
thérapeutique
Chirurgie générale
Electro-radiologie
Maladies infectieuses
Pédiatrie
Stomatologie

MM

DUROUX
 BOUCHET
 BRETTE
 TOMMASI
 RIFFAT
 JOUVET
 FAVRE-GILLY
 GIROD
 MALLEIN
 GRAS
 PEYRIN
 VIALLIER-
 RAYNARD
 FAUCON

Anatomie
Anatomie
Thérapeutique
Anatomie pathologique
Hygiène
Pathologie expérimentale
Hématologie
Histologie et embryologie
Chimie analytique
Chimie biologique
Physique biologique
Bactériologie

FAUCON
FLANDROIS

Biologie médicale
et Pharmacodynamie
Physiologie

MM

Médecine	générale
Médecine	générale
Médecine	générale
Médecine	générale
Médecine	générale
Médecine	générale
Médecine	générale
Médecine	générale
Médecine	générale
Médecine	générale
Médecine	générale
Chirurgie	générale
Chirurgie	générale

MM

MARET
DESCOTES
MICHOULIER
BURTHIAULT
DUMONT M.
GARMIER
GIGNOUX
GAILLARD
FRANCOIS
BETHENOD
COLOMB
COLIN
GUYOTAT
SCHOTT
BONAMOUR
HUGONNIER
DURAND
CHASSARD
ALLEGRE
FAYSSÉ
SCHNEPP
KALB
DUMAS

Chirurgie générale
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Obstétrique
Obstétrique
Obstétrique
Oto-rhino-laryngologie
Oto-rhino-laryngologie
Pédiatrie et puériculture
Pédiatrie et puériculture
Dermatologie
Médecine légale
Neuro-Psychiatrie
Neuro-Psychiatrie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Urologie
Electro-Radiologie
Neuro-chirurgie
Orthopédie
Orthopédie
Pneumo-ptisiologie
Stomatologie

MM. BERTRAND, Président, FRANCILLON, MARET, MICHOUPLIER.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTRAND

Professeur de Clinique Chirurgicale

Il nous fait le grand honneur de présider notre Jury.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos remerciements et de notre profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRANCILLON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHOUPLIER

Ils ont bien voulu accepter de nous juger.

Qu'ils nous permettent de leur adresser nos
remerciements et nos respectueux hommages.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GILBERTAS

Chirurgien du Centre Hospitalier de Chambéry

Nous admirons son esprit de décision, la hardiesse de sa pensée, la sûreté de son jugement.

Il a bien voulu nous confier ce travail et nous aider dans son élaboration.

Qu'il soit assuré de notre sincère attachement.

A NOS MAITRES
DU CENTRE HOSPITALIER DE CHAMBERY

MADemoiselle LE Docteur BOURGEOIS

MONSIEUR LE Docteur MARCY

MADAME LE Docteur PECCOUD-CELLIERE

MONSIEUR LE Docteur PERREAU

MONSIEUR LE Docteur PEYRET

MONSIEUR LE Docteur TRUCHET

MONSIEUR LE Docteur VIONNET.

Ils nous ont fait bénéficier de leur précieux enseignement.

Qu'ils reçoivent ici le témoignage de notre reconnaissance.

AUX MEDECINS ET CHIRURGIENS
DU CENTRE HOSPITALIER DE CHAMBERY

A NOS CAMARADES D'INTERNAT

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

ET DU CENTRE HOSPITALIER DE GRENOBLE

CONSIDÉRATIONS SUR LES OCCLUSIONS POST-OPÉRATOIRES PRÉCOCES (à propos de 24 observations)

INTRODUCTION

La chirurgie a vu se modifier considérablement son terrain grâce à la lutte contre l'infection, contre le déséquilibre humoral, et contre la stase digestive post-opératoire. Cependant la chirurgie abdominale reste grevée, malgré l'accumulation d'examen pré-opératoires, et le souci immédiat des suites, de deux ordres de complications qu'aucune statistique n'a pu jusqu'à ce jour éliminer :

- le risque thrombo-embolique,
- et le risque occlusif.

C'est ce risque occlusif que nous voudrions, à l'aide de 24 observations originales qui nous ont été confiées par le Docteur GILBERTAS, étudier dans ce travail.

Si de très nombreuses statistiques lyonnaises et parisiennes ont fait le bilan de ce risque opératoire, les études récentes ont à juste titre cherché à spécialiser ce risque occlusif, et à en poursuivre l'analyse dans la chirurgie de l'estomac, des voies biliaires, du gros intestin...

Notre statistique, qui ne peut faire état d'un nombre suffisant d'observations dans chacune de ces disciplines pour en tirer une documentation étoffée, conserve l'intérêt d'une statistique globale, avec une unité d'opérateurs, d'usages, de techniques.

Cependant l'étude de ces occlusions post-opératoires pose au départ le problème de la limite temporelle admise classiquement lorsqu'on les qualifie de précoces. Faut-il accepter la durée de 15 jours proposée par GAUSSEN et BOUYSSOU, celle de

25 jours admise par DESJACQUES ou de 4 à 5 semaines acceptée par d'autres auteurs.

Le problème, en vérité, n'offre apparemment qu'un intérêt discutable et il cherche en fait à éliminer les troubles occlusifs post-opératoires séquelles d'une intervention antérieure et conséquence d'un processus adhérentiel non évolutif.

Nous avons admis des limites larges à notre étude, acceptant tous les cas qui se sont produits dans les 5 premières semaines après l'acte chirurgical primitif.

L'impression générale qui se dégage d'une telle étude est qu'elle est malheureusement, à son origine, grevée d'une cause d'erreur que nous n'avons pu éliminer. Il est en effet un certain nombre de malades qui ont présenté des signes occlusifs discrets (mais certains), qui en quelques heures ont cédé à la médication systématique actuelle mise en œuvre devant de tels troubles, si bien que le lendemain, le cours des matières et des gaz ayant normalement repris, nous n'avons pas pu parler d'occlusions guéries ; ces troubles, en fait mineurs, n'ont pas été consignés dans les suites opératoires.

Cependant, on ne peut éliminer l'idée que ces mêmes malades, ou une partie d'entre eux, il y a quelques années, auraient évolué vers la grande occlusion classique ; c'est-à-dire qu'à notre sentiment, une étude statistique actuelle élimine d'emblée un certain nombre de cas qui auraient constitué d'authentiques occlusions post-opératoires, d'évolution sans doute relativement favorable avec la thérapeutique puisqu'à leur phase de constitution elles ont pu être enrayées par des moyens de simple surveillance médicale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

Enfant R... Monique, 5 ans.

Intervention — Dr GILBERTAS (18 juin 1953) :

A. G. M. B. Il s'agit d'une adéno-lymphite mésentérique. Péritoine congestif. Très nombreux ganglions occupant le mésentère, et particulièrement développés sur la fin de l'iléon terminal. *Appendicectomie*. Pas de diverticule.

Suites opératoires :

L'enfant est allé bien pendant 24 heures, mais ensuite un tableau occlusif est apparu, avec ballonnement, vomissements, niveaux liquides à la radiographie et altération de l'état général extrêmement inquiétante et rapidement progressive, avec facies toxique, pouls à 140 irrégulier et faible.

Le Professeur BERTRAND est appelé en consultation. On réintervient le 20 juin 1953.

Réintervention : Pr BERTRAND, Dr GILBERTAS :

A. G. On repasse par l'incision iliaque droite que l'on élargit. Vérification du moignon d'enfouissement qui est parfaitement étanche. Mais à 60 cm environ de la fin du grêle, l'anse iléale est coudée et fixée sur un des ganglions mésentériques que l'on retrouve mais qui ont cependant diminué de volume depuis la précédente intervention. Un drain dans le couloir pariéto-colique.

Suites opératoires :

Les suites opératoires sont simples. La malade émet des gaz le lendemain et l'amélioration est très progressive. Elle peut quitter la clinique le 3 juillet 1953.

OBSERVATION 2

Enfant J... Nicole, 6 ans.

Malade opérée le 19 avril 1954 pour une appendicite rétrocaecale gangréneuse perforée.

Intervention — Dr TRUCHET :

A. G. M. B. *Appendicectomie*. Un drain, une mèche.

Suites opératoires :

Les suites opératoires sont assez troublées puisque, malgré la présence de gaz, la malade reste météorisée et vomit de temps à autre.

Le traitement médical n'amenant pas une amélioration de l'état local, alors que l'état général se dégrade, il faut intervenir le 7 mai 1954.

T. R. : empâtement pelvien, sans collection constituée.

Réintervention :

A. G. Grande incision sous et sus-ombilicale. Il s'agit d'une occlusion à deux étages, inflammatoire, sur un petit abcès, avec une grosse réaction inflammatoire du pelvis. Les anses sont très dilatées dans un premier segment, elles redeviennent plates jusqu'à un deuxième segment situé à 30 cm au-dessus, où à nouveau se trouve une zone occlusive complète. Libération complète de l'intestin. Mickulicz vers le Douglas. Iléostomie sur une anse jéjunale distendue.

L'état général est grave et l'enfant est mise en hibernation sous Largactil et Phénergan.

La situation s'améliore. L'enfant émet des gaz au bout de trois jours ; mais ensuite apparaît une fistule du grêle qui devient totale assez rapidement. Si bien que le 31 mai 1954 on réintervient.

Réintervention :

A. G. Grande incision trans-rectale gauche. Les anses sont collées les unes aux autres et l'exploration de la cavité abdominale est difficile. On découvre la fistule qui siège sur la fin du grêle. Résection de l'intestin sur 25 cm. Suture bout à bout. Mise en place d'une sonde de Petzer dans le cæcum, car la paroi de celui-ci est très fortement ulcérée au niveau du fond cæcal.

Suites opératoires :

Les suites immédiates semblaient bonnes, mais un état cachectique avec température s'installe. Il s'agit d'un abcès sous-phrénique qui est ponctionné, mais finalement exitus le 13 juin 1954.

OBSERVATION 3

Mme S... Monique, 26 ans.

Intervention : Dr TRUCHET (12 mai 1954) :

A. G. Médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'un myome de la paroi postérieure de l'utérus, fixé dans le Douglas avec adhérence inflammatoire. *Myomectomie*. *Pestalozza*. *Appendicectomie* complémentaire.

Suites opératoires :

Les suites immédiates sont simples, mais au quatrième jour apparaît un tableau occlusif. Si bien qu'il faut intervenir le 18 mai 1954.

Réintervention :

A. G. On repasse par l'ancienne incision médiane. Libération d'une anse collée et coudée sur la péritonisation.

Les suites opératoires :

Les suites opératoires sont simples et la malade peut, ensuite, présenter une grossesse 3 mois plus tard.

OBSERVATION 4

Mme P... Mélanie, 53 ans.

Malade opérée le 8 novembre 1954 pour un tableau ulcéreux.

Intervention :

A. G. Médiane sus-ombilicale. Ulcère de la face antérieure du pylore, entouré d'assez nombreuses adhérences. *Gastrectomie* sub-totale, *Polya* pré-colique. Un drain.

Suites opératoires :

A partir du 21 novembre 1954, soit 13 jours après l'intervention primitive, apparaît un syndrome douloureux abdominal, apyrétique, pour lequel la mise en aspiration est instituée avec réhydratation.

Malgré cela, les symptômes douloureux abdominaux, avec crises paroxystiques, persistent. Arrêt des matières et des gaz, quelques vomissements, altération du faciès.

Si bien qu'on décide de réintervenir le 22 novembre 1954.

Réintervention :

A. G. Médiane itérative. On constate qu'il s'agit d'une occlusion de l'anse afférente par bride. Cette bride est constituée par l'épiploon, lequel est fixé à la paroi abdominale au niveau d'une ancienne cicatrice opératoire pour intervention gynécologique remontant à plusieurs années. Après vérification minutieuse, on estime que c'est bien cette bride épiploïque très large qui est responsable de cette occlusion. En amont de cet obstacle, le duodénum est très dilaté, il a un calibre de 8 cm environ.

On a l'impression qu'il est sur le point de se rompre. Après section de la bride, on le voit s'évacuer et en glissant une sonde on peut recueillir une partie du liquide intra-duodéal.

Une mèche est laissée au contact du moignon duodéal déperitonisé. Un drain.

Suites opératoires :

Le 26 novembre 1954 apparaît une fistule duodénale qui, en 48 heures, devient très importante. Cette fistule va s'accroître progressivement et malgré les transfusions, le plasma, le sérum, un état de dénutrition s'installe assez rapidement. Celui-ci s'accroît.

On décide de réintervenir le 1^{er} décembre 1954.

Réintervention :

A.G. Médiane itérative. Vaste brèche duodénale dont les parois paraissent nécrosées. On essaie de la fermer par plusieurs points en U et l'on fait une jéjunostomie sur l'anse efférente qui est nettement dilatée. Phénomènes parétiques, mais il n'y a pas d'obstacle en aval. La sonde de Lewin est glissée dans l'anse afférente. Une mèche au contact de la fistule duodénale. Un drain entre le foie et la mèche.

Suites opératoires :

Malgré une amélioration temporaire, la fistule reprend et le décès survient dans un état cachectique le 10 décembre 1954.

OBSERVATION 5

Mme N... Colette, 21 ans.

Malade opérée le 13 décembre 1954 pour une appendicite chronique.

Intervention — Dr TRUCHET :

A. G. M. B. Appendice enflammé. *Appendicectomie*. Enfouissement.

Suites opératoires :

Les suites immédiates sont bonnes.

Mais la malade présente, quinze jours plus tard, un tableau occlusif qui est assez rapidement croissant, avec douleurs abdominales, ondes péristaltiques, nausées, arrêt des gaz.

Nombreux niveaux liquides sur la radiographie simple.

Réintervention le 30 décembre 1954 :

A.G. Médiane sous-ombilicale. On trouve une anse plate que l'on remonte sur une longueur de 75 cm environ. On tombe alors sur un bloc inflammatoire, qui entoure le moignon appendiculaire. Sur ce bloc est fixée une anse grêle, qui fait bride et provoque l'occlusion. Libération de la bride et de la trompe droite, qui était adhérente à l'anse grêle. Le transit est rétabli, mais il existe une zone déperitonisée assez importante et qui est assez hémorragique, si bien que pour assurer l'hémostase et

drainer le suintement au niveau de la zone décollée, deux volumineuses mèches sont laissées au contact, dont l'une est enlevée 8 jours plus tard.

Suites opératoires :

Les suites sont simples et la malade n'a plus représenté de phénomènes occlusifs.

OBSERVATION 6

M. V... Bernard, 15 ans.

Ce malade a été opéré le 17 mai 1955 pour une appendicite aiguë datant de 48 heures.

Intervention :

A. G. M. B. Il s'agit d'un appendice perforé, rétro-cæcal, avec pus intra-adiabdominal. *Appendicectomy* difficile. Un drain, une mèche.

Suites opératoires :

Après des suites immédiates favorables, apparaît un météorisme au bout du troisième jour. Ce météorisme est associé à une température à 40°, sans vomissement, avec persistance de quelques gaz, pouls rapide : 120, 140.

Un traitement médical est institué avec antibiothérapie, aspiration continue, glace et sérum.

Mais le 22 mai 1955, soit cinq jours après l'intervention primitive, le météorisme s'accroît, l'état général s'aggrave. On décide d'intervenir.

Réintervention (22 mai 1955) :

A. G. Intubation. Médiane sous et para-ombilicale : il s'agit d'une occlusion du grêle dans sa partie terminale par accollement d'une anse à la mèche sous-cæcale. Dans l'ensemble la cavité abdominale est libre. Il n'y a pas de péritonite généralisée. Enorme dilatation des anses grêles sus-jacentes. Libération facile de l'anse coudée. La dilatation intestinale est très importante et l'on décide de faire une iléostomie trans-cæcale. La sonde de Lewin est poussée jusqu'à 40 cm environ et évacue une quantité abondante de liquide.

Suites opératoires :

Les trois premiers jours, les suites semblent devoir être favorables, en particulier la sonde gastrique et l'iléostomie donnent une quantité très abondante de liquide, mais cependant la partie supérieure du jéjunon restait douloureuse et tendue sous la paroi.

Ce malade a reçu alors une quantité relativement abondante de Largactil, 100 mg par jour, et l'on se demande si ce Largactil n'a pas joué un certain rôle dans ce manque de reprise du péristaltisme intestinal.

Quoi qu'il en soit, la situation s'aggrave et le décès survient le 26 mai 1955.

OBSERVATION 7

Enfant C... Robert, 6 ans.

Malade opéré d'une appendicite aiguë le 25 mai 1955.

Intervention :

A. G. M. B. Pus libre, quantité moyenne. Il s'agit d'une perforation de la pointe de l'appendice. *Appendicectomy*. Peau ouverte.

Suites opératoires :

Les suites immédiates sont simples, mais le 2 juin 1955, soit 7 jours après l'intervention, des douleurs abdominales rythmées apparaissent, sans vomissement, l'enfant a même eu une petite selle, mais la radiographie montre de nombreux niveaux liquides.

Réintervention (2 juin 1955) :

A. G. Médiane sous-ombilicale. Il s'agit bien d'une occlusion du grêle à sa partie moyenne. Une anse est collée sur un petit abcès du moignon appendiculaire. De l'abcès s'écoulent quelques centimètres cubes de pus. Libération des anses. Deux grosses mèches dans le Douglas. Fermeture en un plan.

Suites opératoires :

Les suites sont simples et le malade peut quitter la clinique le 18 juin 1955.

OBSERVATION 8

Mlle C... Myriam, 10 ans.

Antécédents :

Opérée il y a un mois par le Docteur S... pour occlusion du grêle par brides.

Brusquement, le 10 juin 1955, elle présente un syndrome douloureux abdominal diffus, avec vomissements, arrêt des gaz, niveaux liquides à la radiographie.

Intervention — Dr GILBERTAS :

A. G. Médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'une occlusion par brides, fixant plusieurs anses grêles dans le Douglas. Libération. Fermeture pariétale.

Suites opératoires :

Les suites opératoires ont été simples.

La malade a pu quitter la clinique le 25 juin 1955.

OBSERVATION 9

Enfant B... Michel, 7 ans.

Présente une appendicite aiguë pour laquelle il est opéré le 14 septembre 1956.

Intervention — Dr TRUCHET :

A. G. M. B. Lésion d'adéno-lymphite. L'appendice participe à la réaction du système lymphoïde. *Appendicectomy*. Pas de diverticule.

Les suites opératoires :

Dans les suites opératoires apparaît un tableau occlusif pour lequel l'enfant est mis au traitement médical : aspiration, goutte-à-goutte rectal, prostigmine et sérum. Celui-ci permet le rétablissement du transit intestinal et le malade peut quitter la clinique le 28 septembre 1956.

OBSERVATION 10

Enfant N... Gérard, 9 ans.

Opéré le 6 janvier 1958 pour une adéno-lymphite mésentérique ; ectomie d'un appendice rétro-cæcal (Dr GILBERTAS).

Suites opératoires :

Les suites opératoires immédiates sont simples et il quitte la clinique le 15 janvier 1958.

Il revient le 16 janvier 1958 avec un tableau douloureux abdominal très violent, état lipothymique, pâleur, contracture généralisée.

Le malade est donc repris le 16 janvier 1958.

Réintervention :

A. G. Incision itérative. Exploration de la fosse iliaque droite de laquelle s'écoule un flot de liquide louche, que l'on aspire. La région cæcale est rouge, très inflammatoire. Il n'y a pas de lâchage du moignon appendiculaire, qui est visible, d'une coloration grise, sphacélique. L'enfouissement s'est manifestement désuni, mais le moignon appendiculaire lui-même n'est pas rompu. Il semble s'agir d'un abcès sous le moignon d'enfouissement, qui a évolué particulièrement rapidement et qui s'est rompu brusquement dans le péritoine.

On réenfouit cependant le moignon appendiculaire par trois fils de lin. Une mèche rétro-cæcale est laissée en place.

Suites opératoires :

Les suites immédiates sont bonnes, mais le 20 janvier 1958, soit 4 jours après l'intervention, apparition de ballonnement, vomissements, arrêt des matières et des gaz, niveaux liquides radiologiques.

Ce malade est mis en aspiration, goutte-à-goutte rectal, sérum et la

situation s'améliore en 48 heures, si bien qu'il peut sortir guéri le 5 février 1958.

OBSERVATION 11

Mlle D... Philomène, 77 ans.

Antécédents :

Cette malade a eu une laparotomie exploratrice le 24 janvier 1958.

Le 13 février 1958, cette malade revient à la clinique pour des accidents sub-occlusifs avec ondes péristaltiques, vomissements, arrêt des matières et des gaz. La radiographie simple de l'abdomen montre de nombreux niveaux liquides. Elle est mise immédiatement au traitement médical avec aspiration réhydratation surveillée par ionogrammes. Le transit se rétablit en 24 heures et le traitement d'aspiration est maintenu pendant 3 jours. Le traitement médical avec goutte-à-goutte rectal, prostigmine, sérum, est poursuivi jusqu'au 21 février 1958, où elle peut quitter la clinique.

OBSERVATION 12

Enfant C... Catherine, 6 ans.

Antécédents :

Opérée par X... à Paris, il y a un mois, pour un volvulus du grêle avec adénite mésentérique, diverticule de Meckel et appendicite, ceci par médiane sous-ombilicale.

Elle présente, le 2 avril 1959, un tableau abdominal extrêmement violent, remontant à 24 heures, faciès péritonéal, ventre météorisé et douloureux de façon diffuse, une selle le matin, pas de clapotage.

Intervention — Dr GILBERTAS (2 avril 1959) :

Médiane sous-ombilicale. On découvre quelques gouttes de pus entre les anses grêles, et une perforation d'une anse grêle à 50 cm environ de l'angle iléo-cæcal, ceci en regard d'une bride qui part de l'épiploon au contact d'une importante adénopathie et qui va se fixer à la base du cæcum. Section de la bride. Du fait de l'état de l'anse grêle, il n'est pas possible de la réintégrer. Résection intestinale de 30 cm. Anastomose termino-terminale en deux plans ; suture à la soie 00, à points séparés. Didrobi-pénicilline dans le péritoine.

Suites opératoires :

Les suites opératoires sont simples et la malade peut quitter la clinique le 20 avril 1959.

OBSERVATION 13

Mme D... Raymonde, 35 ans.

Intervention — Dr GILBERTAS (3 octobre 1959) :

A. G. M. B. Il s'agit d'une appendicite grave avec appendice entièrement sphacélé, suppuration cloisonnée entre le cæcum, la paroi et l'épiploon.

Appendicectomy. Enfouissement. Un drain. Peau ouverte. Didrobi-pénicilline dans le péritoine.

Suites opératoires :

Dans les suites opératoires apparaît un épisode occlusif cinq jours après l'intervention primitive.

La radiographie abdominale montre de nombreux niveaux liquides.

On décide donc de réintervenir le 10 octobre 1959.

Réintervention :

A. G. Incision de Max Schuller. On trouve une anse coudée sur quelques adhérences inflammatoires. Libération. Fermeture pariétale.

Les suites opératoires :

Les suites opératoires s'avèrent ultérieurement simples et la malade peut quitter la clinique le 31 octobre 1959.

OBSERVATION 14

M. P... Jean, 54 ans.

Antécédents :

Ce malade a présenté trois épisodes sub-occlusifs depuis deux mois ; il est vu pour la première fois avec un tableau d'occlusion indiscutable et un état général assez altéré, si bien que le 14 novembre 1960 nous intervenons.

Interventions — Dr GILBERTAS :

1^o A. G. Cæcostomie.

Une radiographie faite secondairement montre qu'il s'agit d'un néoplasme de l'angle gauche, sur lequel on intervient le 28 novembre 1960.

2^o A. G. Incision para-rectale gauche. Libération de l'angle gauche où existe une grosse tumeur. Ligature de l'artère mésentérique inférieure au ras du duodénum et de la grande veine mésentérique. On s'aperçoit alors que deux éléments anatomiques vont être assez gênants pour la suite de l'intervention : la brièveté du sigmoïde qui est due certainement à des phénomènes de sigmoïdite diverticulaire présentés par le malade antérieurement ; et la dilatation très importante du transverse en amont, d'où incongruence importante.

On peut cependant faire une anastomose termino-terminale avec suture en deux plans, après s'être agrandi sur le bout sigmoïdien par le procédé de culotte de Chaput. On peut extra-péritoniser cette anastomose grâce au péritoine pariéto-colique gauche que l'on décolle et qui est assez complaisant. Un drain est glissé au contact de l'anastomose et sort par voie lombaire. Fermeture pariétale au fil métal 25.

Suites opératoires :

Le 8 décembre 1960, soit 10 jours après l'intervention, apparaît un syndrome occlusif pour lequel un traitement médical est institué : aspiration gastro-duodénale, rééquilibration humorale, glace et goutte-à-goutte rectal.

Ce traitement médical est continué pendant 10 jours, car la situation semble s'améliorer certains jours et le malade est beaucoup mieux.

L'ionogramme, qui était assez perturbé, est progressivement corrigé : le taux de K qui, en particulier, avait baissé à 2,8, a pu être rétabli.

L'aspiration gastro-duodénale continue à ramener une quantité de liquide très importante qui varie entre 1 litre et demi et 2 litres chaque jour.

Au bout de 10 jours, comme cet état semble persister sans qu'il y ait d'amélioration, bien que l'état général soit relativement bon, on décide d'intervenir le 17 décembre 1960.

Réintervention — Dr GILBERTAS :

A. G. On repasse par l'ancienne incision. Celle-ci découvre deux choses : d'une part un magma adhérentiel assez serré au contact de l'anastomose termino-terminale, côlo-colique, qui a un aspect normal ; mais à ce niveau, le circuit intestinal ne paraît pas compromis ; d'autre part, un volvulus incomplet du grêle, situé sur la partie basse de l'intestin grêle, volvulus qui s'est fait sur une bride entre deux anses.

On sectionne cette bride. On libère et l'on détord assez facilement l'intestin. En dessous, le grêle est normal. En haut, on complète l'intervention par une libération complète des adhérences grêles au niveau de la zone anastomotique. La paroi est ensuite refermée au fil métallique en un plan.

Suites opératoires :

Les jours qui suivent, la situation s'améliore. Les troubles occlusifs ont complètement disparu et l'état général s'améliore progressivement.

Mais le 11 septembre 1961, soit 9 mois après la deuxième intervention, le malade présente à nouveau des phénomènes sub-occlusifs, vomissements, arrêt des matières et des gaz, ballonnement, ondes péristaltiques, léger clapotage.

La radiographie montre quelques petits niveaux liquides.

Un traitement médical est repris avec aspiration, prostigmine, goutte-à-goutte rectal hypertonique et perfusions de sérum ; au bout de 7 jours de traitement, les phénomènes sub-occlusifs ont complètement disparu.

Le malade est revu, par contre, 3 mois plus tard avec une nette récurrence néoplasique dans la région du Douglas. Cette récurrence va entraîner la mort en cinq mois.

OBSERVATION 15

Mme M... Joséphine, 76 ans.

Interventions — Dr TRUCHET :

1^o Le 27 août 1961.

Opérée d'urgence pour un syndrome occlusif : anus iliaque gauche pour un néoplasme sigmoïdien.

2^o Le 19 septembre 1961. A.G. Médiane sous et para-ombilicale.

Il s'agit bien d'un néoplasme en virole du sigmoïde situé à 12 cm au-dessus du Douglas. La *Côlostomie* a porté sur un point de l'intestin situé lui-même à 15 cm environ au-dessus de la tumeur. Dans ces conditions, il n'est pas possible de conserver l'anus iliaque et l'on décide de procéder à une résection en un temps en supprimant la dérivation sus-jacente.

On procède donc à une résection sigmoïdienne portant sur 25 cm de l'intestin en amont de la tumeur et 15 cm en aval.

La suture est faite à environ 6 cm au-dessus du Douglas, où la vascularisation est très bonne. Anastomose termino-terminale en deux plans, à la soie et au catgut à points séparés. La péritonisation est faite en utilisant la face postérieure de l'utérus et le ligament large. Une sonde de Nélaton n° 18 est glissée sous la péritonisation et ressort sous l'orifice de l'anus iliaque.

Suites opératoires :

Le 27 septembre 1961, soit 8 jours après la première intervention, tableau occlusif, avec météorisme abdominal, arrêt des gaz, vomissements :

Urée : 0,49.

Ionogramme :

Hématocrite : 48 % ;

Cl : 98 meq ;

Protéines : 65 g/l ;

Na : 138 meq ;

K : 3,9 meq.

Réintervention le 27 septembre 1961, la malade étant déjà sous aspiration depuis plusieurs jours et la situation continuant à s'aggraver.

A. G. Médiane sous-ombilicale itérative. Il s'agit bien d'une occlusion du grêle qui siège à la partie moyenne, par adhérence et coudure d'une anse sur le moignon du mésosigmoïde. Cette adhérence est libérée ; par contre, l'anastomose elle-même, qui est enfouie derrière les ligaments larges, n'a donné lieu à aucune complication locale. La péritonisation a un aspect satisfaisant. Un sac de Mickuliez, deux mèches et un drain sont laissés dans le pelvis, contre la paroi gauche de celui-ci. Paroi métal 50 en un plan total.

Suites opératoires :

La malade allait très bien, mais le 29 septembre 1961, soit 48 heures après, décès brutal, probablement dû à un accident vasculaire, alors

qu'elle avait émis quelques gaz la veille au soir. L'état général était satisfaisant.

OBSERVATION 16

Enfant T..., 13 ans.

Intervention — Dr TRUCHET (31 octobre 1961) :

Tableau appendiculaire iliaque droit.

A. G. M. B. Il s'agit d'une adéno-lymphite aiguë typique, l'appendice participe à la réaction du système lymphoïde. *Appendicectomy*. Il n'existe pas de diverticule.

Suites opératoires :

La situation est bonne jusqu'au septième jour où apparaissent des douleurs abdominales violentes, surtout localisées à droite, et des vomissements.

T. R. : pas d'abcès.

La radiographie montre quelques petits niveaux liquides.

Mise en aspiration, goutte-à-goutte rectal.

La situation semble s'aggraver rapidement malgré le traitement, si bien que l'on décide d'intervenir le 8 novembre 1961.

Réintervention — Dr GILBERTAS :

A. G. On agrandit l'incision de Mac Burney. Il existe un peu de liquide citrin dans l'abdomen. On libère doucement les anses grêles qui sont accolées à la région cæcale. Le moignon d'enfouissement est tout à fait normal. Le grêle est hyperhémie, œdématisé et nettement distendu. Le méso de ce grêle présente des adénopathies énormes et c'est contre l'une de ces adénopathies que l'anse grêle est accolée, expliquant le mécanisme occlusif. Libération de cette adhérence. Fermeture totale de la paroi en un plan au fil métallique.

Suites opératoires :

Les suites opératoires sont simples et le malade quitte la clinique dix jours plus tard, sans récurrence des phénomènes occlusifs.

OBSERVATION 17

Mlle F... Marie-Hélène, 24 ans.

Antécédents :

Malade vue le 6 avril 1962 avec un syndrome de péritonite aiguë remontant à 3 jours avec température à 39°, diarrhée et état général médiocre.

Intervention — Dr GILBERTAS :

A. G. M. B. Il existe dans la cavité abdominale un liquide séro-purulent évalué à environ 150 g avec un appendice entièrement gangrené, en position médiane.

Aspiration péritonéale.

Appendicectomy. Enfouissement.

Didrobi-pénicilline intra-abdominale.

Un petit drain. Paroi au catgut. Peau ouverte.

Examen bactériologique :

Présence de streptocoques à l'examen direct.

Suites opératoires :

Malgré l'antibiothérapie, la malade reste sub-fébrile, la température oscillant entre 38° et 39°. 11 jours après l'intervention, un tableau occlusif s'installe, avec météorisme assez important.

T. R. : abcès pelvien, qui n'est pas collecté.

Un traitement médical avec aspiration et correction des perturbations ioniques est institué, mais 16 jours après l'intervention primitive, le tableau s'est aggravé nettement.

A l'examen, il persiste toujours une induration pelvienne qui n'est pas collectée.

L'examen abdominal montre de très volumineuses anses distendues, perceptibles sous la peau.

Ionogramme :

Hématocrite : 37 % ;

Protéines : 80 g/l ;

Cl : 90 meq ;

Réserve alcaline : 63 volumes ;

Na : 135 meq ;

K : 4 meq.

Intervention :

23 avril 1962, soit au 17^e jour.

A. G. Médiane sous et para-ombilicale.

On tombe sur des anses grêles extrêmement dilatées (du volume d'un avant-bras d'adulte), qui plongent vers le pelvis. La main introduite dans le pelvis perçoit une zone inflammatoire en arrière de l'utérus et découvre un abcès. Celui-ci s'ouvre sous le doigt ; il s'écoule un verre à liqueur de pus.

Aspiration.

Ensuite, avec beaucoup de difficultés, on libère les anses grêles adhérentes dans le Douglas. La zone occlusive essentielle siège à 30 cm environ de la jonction iléo-cæcale. Elle est constituée par une coudure qui adhère à un magma d'adhérences péritonéales constitués par la poche de l'abcès. L'ensemble des anses est dégagé du pelvis, plusieurs sont partiellement dépéritonisées.

L'intervention se termine par la mise en place d'un Mickulicz avec un sac, deux mèches, un drain dans le Douglas.

Paroi Nylon.

Suites opératoires :

Les suites opératoires immédiates sont bonnes, mais à l'ablation des mèches, une fistule du grêle se fait jour, qui n'est d'ailleurs que partielle. Cela eut lieu le huitième jour après la deuxième intervention.

Cette fistule est traitée par aspiration locale, protection de la peau, correction des déséquilibres ioniques, transfusions.

Elle diminue progressivement. Du placenta est mis à son intérieur à plusieurs reprises. Elle se tarit progressivement en 25 jours environ.

La guérison est alors définitive.

Cette malade a été revue et n'a pas présenté de troubles sub-occlusifs.

OBSERVATION 18

M. F... Victor, 60 ans.

Antécédents :

Malade opéré le 29 avril 1962 pour un abcès sous-phrénique qui est largement drainé.

Les suites opératoires sont simples et le malade se remet progressivement. Le drainage est supprimé au septième jour mais le 22 mai 1962, soit trois semaines environ après la première intervention, syndrome occlusif typique.

Réintervention — Dr TRUCHET :

A. G. Grande incision de Max Schüller. Toute la région de l'angle gauche est prise dans un magma adhérentiel qu'on libère avec difficulté. Après avoir libéré toutes ces adhérences, le reste de l'exploration abdominale s'avère normal. Une lame de caoutchouc est laissée au contact de la région sous-hépatique.

Suites opératoires :

Les suites opératoires sont simples et le transit se rétablit normalement avec adjonction d'un traitement médical classique.

OBSERVATION 19

M. C... Louis, 58 ans.

Malade opéré le 5 juillet 1962 par le Docteur GILBERTAS, pour un néoplasme du rectum situé au niveau du Douglas. Une amputation abdomino-périnéale est faite. Il n'existe pas de métastases hépatiques, ni d'extension néoplasique à distance.

Les suites opératoires immédiates sont simples et le transit se réta-

blit par l'anūs iliaque, mais au bout d'une semaine les troubles du transit réapparaissent.

Ceux-ci sont traités d'abord médicalement par aspiration, goutte-à-goutte hypertonique dans l'anūs iliaque, sérum. Ils s'amendent au bout de trois jours, mais réapparaissent, et cette succession de troubles occlusifs et de rétablissement du transit à la suite du traitement médical, se fait à deux reprises.

L'ionogramme est équilibré, mais l'état général s'altère progressivement, quand survient le deuxième épisode occlusif le 16 juillet 1962.

Celui-ci ne semble pas réagir favorablement au traitement médical et, de toutes façons, l'on décide de réintervenir.

Réintervention (18 juillet 1962) :

A. G. On repasse par l'ancienne incision. On trouve quelques adhérences lâches entre les anses grêles et la paroi. Les anses grêles sont nettement dilatées. Mais l'exploration conduit sur le cōlon gauche qui présente au niveau de la partie terminale de son segment accolé, peu avant l'angle qu'il fait pour aller se loger dans la fosse iliaque gauche, un petit abcès profond qui contient une cuillerée de pus non fétide, mais très épais, au contact d'un diverticule, le malade présentant antérieurement une diverticulite importante.

Sur cet abcès, les anses grêles ont contracté des adhérences extrêmement serrées, qui sont la cause de l'occlusion. Ces anses grêles sont libérées non sans difficulté : l'aspect rappelait tout à fait une occlusion sur un abcès appendiculaire.

Didrobipénicilline dans la loge ;

Trois mèches sont laissées au contact de l'abcès, et elles sont isolées du grand ventre par des drains de Penrose.

Paroi fermée en un plan au fil métal.

Suites opératoires :

Les suites opératoires sont alors bonnes. Le transit intestinal se rétablit progressivement et l'état général est meilleur.

Ce malade n'a plus présenté par la suite de troubles du transit et les mèches ont pu être enlevées au bout du neuvième jour.

OBSERVATION 20

Mme B... Suzanne, 63 ans.

Intervention — Dr GILBERTAS (6 juillet 1962) :

A. G. Incision thoracique gauche passant par le huitième espace intercostal. Il s'agit d'un néoplasme gastrique qui occupe les deux tiers supérieurs de l'estomac. *Gastrectomie* totale et *Splénectomie*.

Rétablissement de la continuité par une anse interposée œsoduodénale. Le grêle est rétabli en dessous de la zone où fut prise l'anse montée.

Suites opératoires :

Les suites immédiates semblent devoir être simples, mais il s'installe ensuite, vers le dix-huitième jour, un tableau douloureux de la région rétrosternale avec une petite réaction pleurale gauche et des vomissements. Ceux-ci sont traités d'abord médicalement, et pendant un certain temps, on a l'impression que ces troubles vont disparaître, car ils s'atténuent considérablement, mais cependant réapparaissent de temps à autre.

L'état général étant précaire, on hésite à réintervenir.

Des radiographies montrent qu'il y a un bon passage au niveau de l'anse interposée ; par contre, après la première anse grêle, le passage est considérablement retardé, avec dilatation du segment sus-jacent, mais il se fait tout de même.

On pense qu'il s'agit simplement d'un phénomène inflammatoire, peut-être dû à la petite réaction pleurale présentée par la malade, et l'on continue le traitement médical.

Mais la situation empirant, il faut bien se décider à réintervenir. C'est ce que l'on fait le 3 septembre 1962.

Réintervention — Dr GILBERTAS :

A.G. Médiante sus-ombilicale. Il s'agit d'une véritable incarcération de la première nouvelle anse grêle dans la loge splénique. Il est absolument impossible de libérer cette anse tellement elle est incarcérée. On doit donc la réséquer et rétablir ensuite le circuit par une anastomose termino-terminale qui est faite au début de la première anse grêle, laquelle a été réséquée. L'anastomose est faite en deux plans à la soie 00.

Il n'y a par ailleurs aucun signe de récurrence. Il n'y a pas d'abcès, pas d'ascite, pas de granulations péritonéales.

Fermeture pariétale en un plan.

Suites opératoires :

La malade va bien et reprend progressivement un transit normal avec des petits repas fractionnés. Elle peut quitter la clinique le 15 octobre 1962, mais on apprend qu'elle est décédée un mois et demi plus tard dans un état cachectique.

OBSERVATION 21

Mme P... Victoria, 30 ans.

Cette malade a été opérée par le Docteur GILBERTAS le 21 février 1962, par incision de Pfannenstiel pour un myome utérin avec rétroversion, dans le but de traiter une stérilité. L'intervention a été terminée par une fixation utérine avec Pestalozza.

Cette malade a eu des suites immédiates simples ; mais il est apparu vers le dixième jour, alors qu'elle allait quitter la clinique, un tableau occlusif. Celui-ci fut d'abord traité médicalement avec aspiration, goutte-à-goutte rectal, sérum intra-veineux et prostigmine, et enfin sur-

veillance par ionogrammes. Les troubles se sont amendés et il semblait que ce traitement médical allait permettre au transit de se rétablir normalement. Effectivement, la malade a présenté des selles, mais les troubles réapparaissent. Il est à noter que, malgré des vomissements et un arrêt des matières et des gaz qui s'est reproduit à trois reprises, jamais la malade n'a été ballonnée. Il s'est agi constamment d'une occlusion à ventre plat, avec cependant, à la radiographie, des niveaux liquides indiscutables.

Après 9 jours de traitement médical, pendant lesquels il semblait que celui-ci allait permettre un rétablissement normal du transit, la persistance des troubles et leur aggravation ont imposé une intervention le 6 mars 1962.

Réintervention :

A.G. Médiante sous-ombilicale. On trouve une anse grêle qui est adhérente sur le sigmoïde et vers la corne utérine gauche au niveau d'une petite brèche du lambeau de Pestalozza. Cette anse est libérée. Fermeture pariétale au fil métal 25.

Suites opératoires :

Les suites opératoires ont ensuite été simples et la malade a présenté une gravidité quatre mois plus tard.

OBSERVATION 22

M. C... Jean, 71 ans.

Ce malade a été opéré par le Docteur GILBERTAS, le 13 juillet 1962, pour un néoplasme de la prostate, par résection endo-urétrale.

Après des suites immédiates simples, est apparu le sixième jour un syndrome occlusif post-opératoire tout à fait net, avec vomissements, arrêt des matières et des gaz, ballonnement, douleurs rythmées et quelques niveaux liquides à la radiographie.

Ce malade est mis au traitement médical : aspiration, réhydratation, prostigmine, goutte-à-goutte rectal. L'ionogramme n'était pas perturbé : urée à 0,40 g.

En 36 heures, le transit est normalement rétabli et en 48 heures le syndrome occlusif a complètement disparu.

Ce malade peut quitter la clinique le 18 août 1962 sans avoir présenté de nouveaux phénomènes occlusifs.

OBSERVATION 23

M. R... Mohamed, 20 ans.

Ce malade sans antécédent particulier présentait une péritonite appendiculaire opérée le 8 novembre 1962 par le Docteur GILBERTAS (appendice gangréné, un demi-litre de liquide purulent dans l'abdomen, un gros drain, peau ouverte, antibiotiques locaux et généraux).

Suites opératoires :

Dans les suites opératoires, le malade émet normalement des gaz au bout de 48 heures, mais l'abdomen reste un peu tendu et douloureux. La température reste sub-fébrile entre 37° et 38°.

Bien que le transit persiste, l'abdomen reste un peu météorisé et malgré un traitement médical, on découvre la formation d'un abcès du Douglas vers le dixième jour.

Les phénomènes s'accroissent nettement le quatorzième jour : l'abdomen est très ballonné, avec vomissements, arrêt des matières et des gaz, niveaux liquides.

L'abcès a augmenté de volume mais il n'est pas fluctuant. Il s'agit d'une induration de la région pelvienne.

Le traitement médical avec antibiotiques, corticoïdes, aspiration, goutte-à-goutte rectal, lavement chaud, glace, prostigmine, est poursuivi et intensifié, si bien que les phénomènes occlusifs diminuent. Le transit reprend après quelques jours et le 26 novembre 1962, soit 18 jours après l'intervention primitive, on évacue par rectotomie un gros abcès pelvien.

Les troubles occlusifs cèdent définitivement et la guérison s'effectue en une dizaine de jours.

OBSERVATION 24

Enfant D... Jean-Michel, 8 ans.

Ce malade est opéré pour une appendicite aiguë le 5 juillet 1956.

Intervention — Dr GILBERTAS :

A. G. M. B. Il s'agit d'une appendicite aiguë franche, latéro-cæcale. *Appendicectomy*. Il existe un peu de liquide trouble au contact de l'appendicite aiguë. Une mèche est laissée en place.

Suites opératoires :

Les suites sont d'abord simples et le malade fait ses gaz normalement.

Mais 5 jours après l'intervention, il présente un peu de météorisme, quelques vomissements et l'on se décide à enlever, le 10 juillet 1956, la mèche sous anesthésie. Celle-ci est remplacée par un petit drain.

Une aspiration gastro-duodénale avec réhydratation est instituée.

Malgré cela, le météorisme abdominal s'accroît et l'aspiration gastrique ne ramène absolument rien. On décide alors de réintervenir le 12 juillet 1956.

Réintervention :

A. G. Médiante sous-ombilicale. On trouve deux brides épiploïques fixées sur le cæcum et la dernière anse grêle. Il s'agit d'une occlusion de l'intestin sur les brides. On libère les brides. Le transit se rétablit. Fermeture totale.

Suites opératoires :

Malgré cette intervention, les phénomènes occlusifs ne disparaissent

pas et la dilatation abdominale persiste. L'état général semble s'aggraver. L'aspiration gastro-duodénale ne ramène toujours rien. On décide donc un nouveau geste chirurgical le 15 juillet 1956, après une consultation du Docteur FRANCILLON, qui a vu le malade et conseillé de réintervenir.

Réintervention :

A. G. On passe par la cicatrice médiane. On tombe sur des anses très rouges et dilatées dans leur ensemble. Après dégagement partiel des anses, on peut progresser jusqu'à la jonction iléo-cæcale où l'on trouve un abcès autour du moignon appendiculaire ouvert.

Mais surtout on constate l'existence d'un volvulus à 100° environ, avec une petite bride vers son pied. On détord alors les anses sans difficulté, progressivement, tout en fermant l'incision de haut en bas par un plan total à la grosse soie.

On essaie de pratiquer une iléostomie transcæcale, mais celle-ci est sans succès en raison de l'accolement serré du cæcum. On se décide donc à faire une iléostomie terminale et l'on cloisonne le cæcum avec deux compresses imbibées de néomycine. Un deuxième drain est placé au niveau de l'ancienne cicatrice d'appendicectomie.

Suites opératoires :

Ce malade va mieux immédiatement. Les gaz et le liquide par l'iléostomie sont assez abondants. Le transit est rétabli, mais il apparaît une fistule latérale du gros intestin le 22 septembre, soit 7 jours environ après la troisième intervention. Celle-ci est relativement peu importante et le malade peut rentrer chez lui le 29 septembre 1956.

Il revient le 9 octobre 1956 pour faire la cure de cette fistule. Celle-ci peut être faite simplement et les suites opératoires sont bonnes.

Le malade n'a plus présenté de trouble et est définitivement guéri.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — TYPES ANATOMIQUES

Les grandes classifications traditionnelles restent toujours valables et il faut rappeler les mécanismes habituels de ces occlusions :

- a) occlusions mécaniques pures,
- b) occlusions dite par Ch. CLAVEL « mécanico-inflammatoires ».

L'étude de ces phénomènes va nous amener à rappeler un certain nombre de notions fondamentales :

a) *Les occlusions mécaniques pures :*

Le type de ces occlusions est réalisé par :

— le volvulus de l'intestin grêle prenant ou non pivot sur une bride ; exceptionnellement celui d'un autre segment mobile du tube digestif, autour de l'axe de son méso. Ce volvulus peut avoir un développement circonférentiel très variable. La torsion de l'axe vasculaire de l'anse volvulée entraîne une occlusion par compression des veines, puis des artères, et des lésions de gangrène soit au niveau de l'anse soit au niveau de son pied vont apparaître plus ou moins rapidement. Il ne nous a pas été permis d'observer de tels volvulus dans nos suites opératoires.

Ce mécanisme actuellement ne semble pas fréquent et si, autrefois, la position de TRENDELENBOURG était invoquée volontiers, il semble que l'évolution de la technique chirurgicale et anesthésique en ait réduit le risque.

— l'incarcération, de même, peut se faire théoriquement soit au niveau de la brèche pariétale où l'anse s'insinue, soit plutôt au travers d'un orifice anatomique normal ou créé par l'acte chirurgical.

Nous n'avons pas de tels types d'occlusions à rapporter, et il semble bien que là aussi ce mécanisme, déjà rare, n'ait fait que diminuer de fréquence avec une meilleure connaissance des lois de la pathologie abdominale. La pratique habituelle d'une soigneuse fermeture de toutes les brèches mésentériques, mésocoliques, épiploïques ou autres, a permis de supprimer les grandes causes de ce risque.

Il resterait à citer les orifices anatomiques interutéro-pariétaux de l'intervention de DOLÉRIS-PELLANDA, ou de BALDY-DARTIGUES, les espaces interpariétocoliques des anus abdominaux, intergastrovertébraux de certaines gastrectomies.

Enfin il faut citer l'action d'une ligature imprudente, d'une intussusception...

b) *Les occlusions mécanico-inflammatoires :*

Elles représentent la véritable cause des occlusions post-opératoires de la chirurgie abdominale : ce sont elles qui posent véritablement encore des problèmes par la richesse, la variété, l'ingéniosité de leurs manifestations pathologiques.

L'élément anatomique de base de semblables occlusions est représenté par l'existence d'adhérences, soit des anses intestinales entre elles, soit entre une anse et un point quelconque de l'abdomen et des organes qui s'y trouvent.

Mais il s'agit dans ces occlusions précoces d'adhérences d'un type un peu particulier.

En effet, la plupart des travaux modernes différencient les brides des adhérences, et il semble que l'usage actuel veuille considérer la bride comme étant un processus secondaire, résultat de l'évolution anatomique des formations adhérentielles,

alors que, en fait, le terme de bride avait primitivement un sens tout différent. Nous n'en voulons pour preuve que la référence à Littré : bride « terme de chirurgie : filament membraneux que l'on trouve souvent dans le foyer des abcès, ou dans les plaies profondes, et qui s'opposent à la sortie du pus ou établissement des adhérences vicieuses ».

Ainsi, à l'origine, le processus adhérentiel primitif méritait le nom de bride, alors qu'aujourd'hui il semble qu'il doive lui être refusé : « la bride isolée est une exception : en général elles sont multiples, mais dans ce cas seule l'une d'entre elles est occlusive. Elles apparaissent de deux façons : le point de départ est le plus souvent l'élongation d'une adhérence, élongation qui ne commence qu'après l'organisation de cette adhérence, quand il reste une trame conjonctive élastique. La bride est presque toujours définitive et gagne progressivement en longueur et en dureté ce qu'elle perd en épaisseur »... (CHÉRIGIÉ, HILLEMAND), ou encore : « on accorde le nom de bride à des lames cellulo-fibreuses larges et courtes, rattachant deux organes normalement séparés ; ces formations dérivent d'adhérences viscéro-viscérales ou viscéro-pariétales que des phénomènes mécaniques avec traction ont réussi à étirer et à allonger » (GAUSSEN et BOUYSSOU).

R. DESJACQUES précise bien ce qu'est, selon lui, la lésion caractéristique de l'occlusion à ce stade : « l'agglutination d'une ou plusieurs anses grêles par des masses fibrineuses ». Ce sont donc essentiellement au départ des plaques de fibrine, résultat de l'exsudation plasmatique et de la coagulation de la fibrine. Ce processus s'effectuerait rapidement (« en quelques minutes les premières travées apparaissent et la coagulation est complète en deux heures ; l'adhérence fibrineuse « primaire » est alors formée »). Mais le plus souvent l'adhérence primaire se résorbe par l'action de diastases leucocytaires. Si, par contre, l'endothélium et les tuniques sous-jacentes s'altèrent, l'adhérence entre dans sa phase constitutive : des fibroblastes se développent dans les amas de fibrine ; bientôt des capillaires apparaissent et ainsi se trouve constitué le tissu de granulation. Le tissu conjonctif jeune peut être formé en une dizaine de jours. C'est ensuite la transformation banale en tissu scléreux en 4 à 5 semaines.

Voilà donc la date ultime, qui est en fait histologique, où se termine l'époque des suite opératoires : quand l'adhérence est devenue cicatricielle. C'est-à-dire en 4 ou 5 semaines.

Mais ces phénomènes adhérentiels peuvent évoluer différemment : aux deux extrêmes, l'adhérence peut quelquefois régresser, d'autres fois progresser : il s'agit alors d'adhérences richement vascularisées, développées au voisinage d'un foyer infectieux toujours en évolution.

Donc tous les types adhérentiels, et tous les stades adhérentiels peuvent se voir avant l'apparition ultime de la bride, qui n'est plus du cadre de notre étude :

— *Types d'adhérences différents dans leur degré d'extension :*

- adhérences vélamenteuses,
- adhérences serrées,
- magma d'adhérences.

— *Types différents anatomiquement :*

- adhérences d'un segment de l'intestin à la paroi d'un autre organe ou au péritoire pariétal,
- adhérences d'anses entre elles,
- adhérences mixtes des anses entre elles et des anses aux tissus de voisinage.

— *Types différents du point de vue inflammatoire :*

- simple exsudat péritonéal stérile,
- adhérence inflammatoire, au microbisme plus ou moins actif,
- foyer de péritonite localisé, évolutif, couvert par des adhérences actives avec au maximum abcès collecté, d'importance très variable et de siège divers, quoique plus souvent pelvien.

La cause de formation de ces adhérences est bien connue, et chaque facteur a son importance chirurgicale :

- déperitonisation des anses intestinales,
- hémorragie intra-péritonéale,
- lésion pariétale des anses par déshydratation, processus de transformation de la séreuse,
- existence de corps étrangers intra-péritonéaux : drains, mèches, talc, fils non résorbables, antiseptiques en poudre ou liquides.

Enfin, indiscutablement, il existe une sensibilité particulière de chaque péritoine à faire des adhérences ; il y a des malades à adhérences comme il y a des peaux à chéloïde.

Dans nos observations nous avons relevé :

- 7 occlusions par processus inflammatoire de péritonite localisée avec quelquefois un véritable magma adhérentiel,
- 11 occlusions par adhérences simples plus ou moins lâches ou actives.

Les adhérences ont encore d'autres caractères importants parmi lesquels leur siège électif au pelvis surtout, et ensuite à la région iléocæcale.

Mais la grande discussion du point de vue chirurgical est de savoir quelle importance relative il faut accorder, dans ces adhérences dites mécanico-inflammatoires, à l'élément mécanique ou inflammatoire ; l'école lyonnaise, avec TAVERNIER, DESJACQUES, attache une importance toute particulière à l'élément mécanique, et fait dépendre les phénomènes occlusifs essentiellement du trouble mécanique qu'il faudra donc chercher à supprimer.

Il reste à décrire le retentissement anatomique des phénomènes occlusifs sur l'intestin :

a) le premier fait, exceptionnel mais important, est l'existence possible, en amont d'un processus adhérentiel occlusif, d'un authentique volvulus. Nous avons observé deux volvulus partiels (Obs. 14 et 24), et dans un cas, le volvulus était en aval d'un bloc d'adhérences, ce qui n'est pas classique. Nous n'avons pas non plus observé de volvulus très serré d'un ou plusieurs

tours. Ceux que nous avons vus étaient, certes, occlusifs, mais avaient laissé libre la circulation artérielle et veineuse ;

b) le deuxième est l'addition quelquefois de processus adhérentiels occlusifs : une adhérence d'aval, déclenchant des phénomènes occlusifs pouvant rendre secondairement occlusive une petite adhérence d'amont, qui sans les modifications pariétales de l'intestin, n'aurait peut-être pas entraîné par elle-même de phénomènes occlusifs.

II. — EVOLUTION ANATOMIQUE

L'évolution anatomique des lésions de l'occlusion post-opératoire ne présente pas de caractéristiques bien particulières par rapport aux occlusions en général de l'intestin.

En effet, il se produit, comme dans toutes les occlusions, des modifications de la paroi et de la lumière de l'intestin au niveau et en amont des lésions occlusives.

La lésion essentielle est certainement celle qui a trait aux modifications du calibre de l'intestin.

En effet : *en amont* de la zone qui crée l'occlusion, se produit une augmentation du calibre de la lumière intestinale qui peut devenir extrêmement importante. Il n'est pas rare de découvrir un jéjunum qui est de la taille d'un bras d'enfant et dont le diamètre peut atteindre 7 à 8 centimètres. Il faut d'ailleurs tenir compte, dans cet aspect, des modifications qui se produisent lorsque l'intestin est extériorisé à l'occasion d'une intervention chirurgicale. Il se produit alors souvent une augmentation du volume des anses, car la tonicité de la paroi abdominale empêchait jusque là une expansion aussi importante.

Par contre, *en aval* de l'obstacle, il est tout à fait classique de trouver un intestin dont le calibre est extrêmement faible, plus faible souvent qu'il ne l'est à l'état normal : traduction de l'arrêt fonctionnel complet au niveau de ce segment intestinal.

La longueur de l'anse intestinale est également sujette à des modifications au cours de ces phénomènes : en effet l'allongement de l'intestin est souvent considérable, et il est classique

de dire que l'anse grêle occluse présente très facilement le double de sa longueur initiale.

D'ailleurs la modification de calibre et de longueur va en diminuant à mesure que l'on s'éloigne de la zone où siège le point occlusif maxima près de cette zone les modifications vont en décroissant lorsqu'on s'éloigne d'elles vers le haut.

Mais ceci n'est pas tout, et il faut encore tenir compte des modifications de la paroi intestinale elle-même quant à son aspect ou à sa morphologie profonde. En effet, le segment distendu est modifié dans sa coloration. Il est en principe extrêmement œdémateux et présente, suivant la cause des phénomènes occlusifs, une coloration pâle ou au contraire rouge ou violacée. La distension de la paroi intestinale peut être telle que l'on voit le liquide en transit par transparence à l'intérieur de l'anse intestinale. La friabilité des parois de l'intestin est extrême à ce stade évolutif, et au cours d'un acte chirurgical, il est banal de voir des suffusions hémorragiques, de petites déchirures séreuses et de petites hémorragies sous-séreuses apparaître au niveau des anses grêles en occlusion, bien que celles-ci soient manipulées avec une grande douceur. Fort heureusement la muqueuse et la musculuse de la paroi intestinale sont plus résistantes que la séreuse et supportent mieux ces traumatismes même minimes.

L'intestin n'est pas seul à réagir dans ces phénomènes occlusifs, et le péritoine lui aussi se trouve modifié. En effet, presque toujours il contient un exsudat liquide plus ou moins important qui, quelquefois, est légèrement sanglant. Ce liquide d'exsudation peut revêtir des aspects très variables, il peut être clair, quelquefois un peu louche ; il peut être hématique ou franchement noir.

Dans les observations nous n'avons pas fait de constatations particulières quant à l'aspect anatomique de ces lésions qui est connu depuis bien longtemps. Souvent d'ailleurs ces lésions ont paru si banales que dans le protocole opératoire les détails mêmes concernant l'exsudat péritonéal, l'état de distension des anses grêles, l'importance en hauteur de cette distension, phénomènes qui ont pourtant leur importance pronostique, n'ont pas été consignés d'une façon précise.

ETUDE PHYSIO-PATHOLOGIQUE

A la base de cette étude physio-pathologique, il existe des constatations classiques : d'une part l'exsudation liquidienne considérable qui existe dans toute occlusion à l'intérieur de la lumière intestinale. Cette distension de l'intestin par des liquides d'exsudation est souvent d'une importance assez grande et atteint fréquemment un à deux litres.

La couleur de ce liquide est jaune verdâtre. Il est souvent assez fluide, mais son odeur est très variable, quelquefois extrêmement fétide, d'autres fois légèrement odorant. L'exsudation s'accompagne d'une transsudation à l'intérieur du péritoine que nous avons déjà signalée et qui est rarement très importante.

D'autre part, depuis bien longtemps, les constatations cliniques chez les malades occlus avaient amené à considérer avec intérêt l'état de déshydratation physiologique traduit par la sécheresse de la langue, et il était devenu classique d'apprécier le degré de déperdition liquidienne sur cet état de plus ou moins grande sécheresse de la langue ; ce signe n'a d'ailleurs pas perdu toute sa valeur.

Deux phénomènes physiologiques habituels vont être complètement perturbés par le mécanisme de l'occlusion :

— c'est d'abord la sécrétion quotidienne à l'état normal de 4 ou 5 litres de liquide d'origine salivaire, gastrique, duodénale, hépatique, pancréatique, dont la réabsorption progressive, au cours de leur cheminement dans le tube digestif,

amène une résorption presque complète de ces liquides qui sont réduits à 50 ou 100 cm³ à leur arrivée au niveau du rectum ;

— le deuxième phénomène important, est l'existence constante physiologique d'une motricité intestinale, responsable d'ondes péristaltiques qui amènent le cheminement régulier du bol alimentaire de haut en bas, dans les anses intestinales. Ces ondes péristaltiques sont, en fait, sous la dépendance de deux système : l'un vagal responsable de la contraction des fibres longitudinales et circulaires ; l'autre sympathique, par le splanchnique, inhibiteur de ce mouvement de contraction et responsable par contre d'une dilatation active. Mais les deux systèmes contiendraient à la fois des fibres inhibitrices et des fibres accélératrices.

Or ces deux phénomènes vont être complètement modifiés par l'existence de l'occlusion. D'une part les liquides exsudés ne vont plus pouvoir être résorbés normalement et ils vont s'accumuler dans les anses intestinales qu'ils vont progressivement distendre. D'autre part l'onde péristaltique va cheminer jusqu'au niveau de la zone où siège l'obstacle, et là, être arrêtée par l'obstacle anatomique qui a créé l'occlusion, impuissante à franchir cet obstacle. Des altérations sur les vaisseaux, les nerfs et la musculature même de la paroi vont apparaître dans les heures qui suivent, du fait de la lente distension des anses occluses par l'accumulation des liquides intestinaux et par la sommation itérative et inefficace des ondes péristaltiques qui perdent peu à peu de leur force.

Sans vouloir donner aux phénomènes d'origine nerveuse, l'importance qu'on leur attachait autrefois, il n'en reste pas moins que ces perturbations gardent une certaine valeur, et que la distension intestinale réflexe, avec ce qu'elle implique de participation neuro-végétative (LERICHE), a, dans le déterminisme des troubles biologiques de l'occlus, un rôle important.

Enfin, par l'intermédiaire du système vasculaire, des résorptions de produit toxique pourraient se faire au niveau de la lumière même de l'anse intestinale, soit au siège même des phénomènes occlusifs, soit à distance dans la zone de distension intestinale. Cependant ces résorptions doivent être minimales et nous rappellerons que du point de vue pathogénique, la

théorie « stercorémique » classique est actuellement considérée comme fausse, puisque l'intestin occlus ne résorbe pratiquement pas les liquides qu'il contient.

Ce qui importe c'est néanmoins la connaissance exacte des perturbations humorales entraînées par ces troubles. Elles ont été l'objet de très nombreux travaux modernes et nous citerons les travaux américains — base de ces études — de DARROW, YANNETH, GAMBLE, ainsi que ceux de MACH, HAMBURGER, enfin ceux de MICHAUD et TRAEGER à Lyon.

Les conclusions de MICHAUD et TRAEGER sont que dans les occlusions aiguës on relève ;

a) un bilan hydrique négatif avec hémococoncentration de l'ordre de 10 à 15 %. Les pertes liquidiennes existeraient toujours pour le secteur extracellulaire alors que pour le secteur cellulaire, il se produirait une hyperhydratation ou une déshydratation suivant les variations de la tonicité plasmatique ;

b) un équilibre ionique perturbé avec :

1. un chlore plasmatique souvent modifié mais rarement avec l'hypochlorémie classique (sur 36 observations, 27 malades présentaient au contraire une élévation du chlore plasmatique, 7 une hypochlorémie, 2 un taux de chlore normal). Les auteurs donnent de ce fait, contraire aux données classiques, l'explication suivante : presque tous les malades ont été vus du point de vue humoral après des délais d'évolution assez courts, et dans les premières heures les pertes en eau dépassaient les pertes en électrolytes, en particulier en chlore.

2. le comportement des ions sodium est dissocié de celui des ions chlore, sa concentration dans le plasma s'étant révélée toujours normale ou augmentée ;

3. la réserve alcaline serait abaissée le plus souvent ;

4. le taux de potassium ne varie guère au début, par contre a été notée chez 7 malades sur 26, une hyperkaliémie (accompagnée cependant d'une déperdition potassique considérable dépassant 125 meq par litre d'urine ;

5. l'azotémie serait augmentée souvent (21 cas sur 36) dans des proportions d'ailleurs modérées.

Les auteurs font suivre leur étude de conclusions intéressantes portant sur 3 éléments qui sont les responsables essentiels des variations du syndrome humoral : il s'agit de la durée de l'occlusion, du type d'occlusion, enfin des vomissements.

Dans le temps, c'est en effet l'hémoconcentration qui apparaît d'abord (2 ou 3 heures), puis la déshydratation du secteur extra-cellulaire (12 à 24 heures), l'hypertonie plasmatique évoluant parallèlement à la déshydratation ; par contre l'hyperchlorémie est nettement plus tardive (48 heures) avec hypotonie plasmatique.

Le type d'occlusion influe sur la rapidité de perturbation du syndrome humoral : les occlusions hautes évoluant rapidement, les basses d'autant plus lentement qu'elles sont plus basses ; et dans le même ordre d'idées, les modifications provoquées par les strangulations sont d'apparition plus précoces que celles réalisées par les obstructions.

Enfin les vomissements auraient une influence primordiale sur le tableau humoral, leur abondance pouvant entraîner un syndrome d'hypochlorémie avec hypotonie plasmatique et acidose, par déperdition importante de chlore par le liquide gastrique dans les syndromes occlusifs vus plus tardivement.

Ces données sont donc en partie en contradiction avec les idées classiques, surtout en ce qui concerne l'hypochlorémie. Il n'en reste pas moins que cette notion a « la vie dure » puisque nous la retrouvons comme tête de chapitre dans la monographie de GAUSSEN et BOUYSSOU.

Chez un malade, des contrôles humoraux réguliers pré et post-opératoires, ne nous ont pas permis de faire de constatations particulières, sinon qu'ils confirment le peu de variations du bilan ionique lorsqu'il s'agit d'une occlusion aiguë vue dans les premières heures. La correction des troubles humoraux de l'occlusion est devenue aujourd'hui depuis ces travaux une pratique journalière et courante, qui évite le plus souvent aux grandes perturbations humorales la possibilité de se constituer.

Ce n'est que dans le cas d'occlusions devenant subaigues, comme nous l'avons vu dans les observations 19 et 21 que le problème des troubles humoraux chez des malades porteurs d'une aspiration gastro-duodénale permanente, malgré un contrôle ionique régulier, devient nettement plus difficile, car aux perturbations humorales initiales s'en ajoutent d'autres portant sur les électrolytes et l'eau, ou sur les interrelations des secteurs extracellulaire et cellulaire (dont l'équilibration restera incertaine, sans compter les problèmes techniques posés par ces corrections humorales « au long cours »).

Quoiqu'il en soit, il faut rendre justice à l'importance réelle qu'a revêtu, dans la connaissance des mécanismes intimes de l'occlusion, une plus exacte appréciation, à côté de l'élément strictement anatomique, de l'élément biologique.

ETUDE ETIOLOGIQUE

De nombreuses études récentes ont étudié ces occlusions dans les différentes disciplines, celles de la chirurgie gastrique, colique, gynécologique, etc... C'est un aspect du problème qui présente l'indéniable avantage de déterminer dans des cas précis ce qu'est le risque occlusif post-opératoire, et, partant, d'en réduire les causes.

Le peu d'étendue de notre statistique, la diversité de nos cas, l'importance aussi que prend dans un service de chirurgie générale, l'appendicite par rapport à d'autres secteurs de la chirurgie abdominale, enlève toute valeur à des considérations statistiques, en particulier étiologiques.

Nous passerons donc successivement en revue les divers chapitres de la chirurgie abdominale pour en analyser le risque occlusif post-opératoire.

Les interventions pour appendicite occupent le premier rang des interventions génératrices d'occlusions, rang dû avant tout à la fréquence des interventions pour appendicite, mais aussi à l'existence de formes anatomiques particulières de la maladie. Les statistiques classiques retiennent effectivement le chiffre de 2 % (KORTE, MAC NEILOVE, RENON et LAFFITTE), ou 2,5 % (CLAVEL), 2,1 % (Th. ARNAUD, Lyon).

Dans notre courte statistique, c'est également l'appendicite qui fournit le lot essentiel des occlusions post-opératoires puisque nous en trouvons 13 sur un total de 24 observations. Parmi ces 13, 4 étaient des adénolymphites mésentériques (Obs. 1, 10,

12, 16), les 4 avaient eu une appendicectomie. Il est juste de reconnaître que l'une des observations, qui concernait un malade opéré par un autre chirurgien, comportait un protocole opératoire où se trouvaient incluses plusieurs lésions (volvulus, adénite mésentérique, diverticule de Meckel, appendicite). Dans l'impossibilité où nous sommes *a posteriori* d'évaluer la valeur respective de ces différents facteurs, nous l'avons conservée ici.

Dans les 9 autres cas il s'agissait de malades ayant présenté des appendicites graves : 2 appendicites aiguës franches (Obs. 5 et 9), 7 péritonites appendiculaires (Obs. 2, 6, 7, 13, 17, 23, 24). Nous n'avons pas eu à observer d'occlusions post-opératoires dans les appendicites dites « chroniques ».

Parmi les facteurs possibles de phénomènes occlusifs, on a discuté chez ces malades des points de technique opératoire. C'est ainsi que classiquement le non enfouissement du moignon appendiculaire a été considéré comme un facteur possible d'occlusion, mais on sait aujourd'hui que certains auteurs qui n'enfouissent pas n'ont pas plus d'occlusion que les autres et que, par ailleurs, on a incriminé le principe de l'enfouissement en tant qu'élément favorisant la formation d'une petite infection en vase clos, au contact du moignon appendiculaire.

Dans deux de nos observations, nous avons relevé (Obs. 7 et 10) l'existence d'un petit abcès au niveau du moignon, qui semble bien avoir été le point de départ d'une réaction de péritonite localisée responsable des phénomènes occlusifs. Dans l'une des observations il s'agissait d'un abcès sous l'enfouissement (Obs. 10), alors que, dans l'autre (Obs. n° 7), il semble que le petit abcès était seulement au contact du fond cœcal.

Le problème du drainage a également été discuté : soit que l'on ait considéré (MONDOR) que le drain pouvait avoir un rôle direct par l'édification de brides fibreuses qui compriment l'intestin, soit que des anses intestinales adhèrent au sac de Mickulicz. Dans une de nos observations (Obs. n° 6) nous avons retrouvé un semblable mécanisme par accollement d'une anse grêle à la mèche sous-cœcale.

En fait, le plus grand nombre des occlusions est en relation avec la formation d'un abcès : dans l'observation n° 2 l'abcès

était iliaque droit, dans les observations n^{os} 17 et 23 il s'agissait d'un abcès pelvien.

Il reste trois observations (Obs. 5, 13 et 24) où existaient des adhérences d'allure inflammatoire dans la région iléo-cæcale, sans suppuration au contact.

Enfin, dans 3 observations, existaient des adhérences dues à d'importantes adénopathies mésentériques (Obs. 1, 16 et même Obs. 12 où ces adhérences semblent bien en relation avec l'adénopathie).

En chirurgie gynécologique, l'importance des occlusions post-opératoires semble avoir considérablement diminué. Nous rappellerons les causes classiques. Celles survenant après des lésions inflammatoires ont évidemment considérablement diminué de fréquence, car les interventions pour ces grosses lésions inflammatoires que l'on voyait jadis sont devenues rarissimes. Nous n'en relevons aucune observation dans notre statistique.

Il reste néanmoins des occlusions au cours des différentes interventions gynécologiques. Sans doute la situation déclive du pelvis, représente-t-elle un élément favorable à la fixation des anses grêles au contact des organes du petit bassin si la moindre faille à une péritonisation existe ; et ces défauts de péritonisation sont possibles, réduits, certes, par les détails techniques, mais expliqués cependant par un lâchage de point, par une éraillure dans le mince péritoine vésical, par l'impossibilité parfois d'avoir un parfait adossement séreux du fait des conditions anatomiques elles-mêmes. On a incriminé, dans les ligamentopexies à la DOLERIS, la modification anatomique provoquée par l'intervention, qu'il s'agisse de l'orifice anatomique créé dans la paroi elle-même par le passage des ligaments, de l'anneau formé en avant entre l'utérus, les ligaments et la paroi, ou de l'orifice ouvert en arrière et formé par le bord externe des ligaments et la paroi abdominale. La même observation peut s'appliquer à la brèche créée dans le ligament large par l'opération de BALDY-DARTIGUES.

Les deux seules occlusions post-opératoires que nous avons observées en chirurgie gynécologique ont été le fait de myomectomie (Obs. 3 et 21). Dans le premier cas, il s'agissait d'une

adhérence sur le lambeau de péritonisation (dont le type n'est pas mentionné). Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une adhérence au niveau d'une petite brèche dans un lambeau de péritonisation à la PESTALOZZA.

Les autres interventions gynécologiques ne nous ont pas donné d'occlusions.

La chirurgie gastrique a également une certaine place dans la production d'occlusions post-opératoires, encore que, là aussi, ces occlusions soient devenues fort rares. Pour notre compte nous n'en avons observé que deux cas. Il est cependant classique de rappeler l'existence de causes extrinsèques et intrinsèques (CLAVEL).

Les causes extrinsèques sont peut-être les plus fréquentes actuellement, encore que bien rares. Nous n'avons pas vu la classique occlusion par incarceration du grêle au travers de la brèche mésocolique (souvent le fait d'une petite malfaçon technique), ou sous une anse anastomotique longue qui laisse entre le plan gastrojéjunal en avant et le plan péritonéal postérieur un hiatus où une anse grêle peut venir se glisser. Par contre nous avons observé une occlusion d'un type assez différent que nous n'avons trouvé mentionné nulle part : il s'agissait d'une adhérence très serrée d'une anse grêle (Obs. n° 20) dans la loge splénique, après une gastrectomie totale pour cancer suivie de rétablissement de la continuité par interposition œso-duodénale d'une anse grêle. Nous n'avons pas trouvé la raison précise à cette véritable incarceration. Il n'existait pas de lésion suppurée au contact ; peut-être était-ce la conséquence d'une réaction pleuro-pulmonaire de la base gauche, responsable d'une importante modification des conditions circulatoires du péritoine sous-diaphragmatique.

L'autre occlusion observée (Obs. n° 4) n'est pas très intéressante car il s'agit en fait d'une occlusion de l'anse afférente sur une banale bride épiploïque, elle-même en relation avec une adhérence pariétale ancienne due à une intervention gynécologique antérieure.

Nous dirons peu de chose des causes intrinsèques d'occlusion que nous n'avons d'ailleurs pas observées : invagination

rétrograde du grêle par la bouche anastomotique, non fonctionnement de la bouche gastrojéjunale (par œdème, hémato-me, péritonite adhésive rétractile) ou par trouble mécanique au niveau de l'anse, qu'elle soit inversée, tordue, ou trop longue, et de ce fait dans une situation anatomique anormale, soit en avant, soit en arrière de la bouche anastomotique. La meilleure connaissance des conditions techniques responsables d'un bon fonctionnement de cette bouche anastomotique, et l'existence d'anesthésie permettant sans hâte intempestive de veiller à l'exacte ordonnance de l'anastomose, sont certainement les motifs de la disparition presque totale de cette cause d'accidents.

La chirurgie rectale et colique ne semble pas, par contre, proportionnellement, une étiologie négligeable pour le déterminisme de ces occlusions. Nous rappellerons à ce sujet les travaux de ROUX et CARCASSONE, de CLAVEL, et les résultats de l'importante statistique de Pierre BERTRAND publiée par ses élèves dans les *Annales de Chirurgie* de 1957. Ce dernier travail précise, d'après une statistique portant sur 34 occlusions observées dans la pratique de cette chirurgie et portant sur 621 cas, une fréquence de 5,4 % qui, très certainement, du fait de l'amélioration des conditions techniques, serait maintenant diminuée d'une façon très importante. Il n'en reste pas moins que ces occlusions restent possibles en chirurgie colo-rectale, quelle que soit la nature de l'affection en cause, mais des différences importantes seraient aujourd'hui notées avec les divers types opératoires.

L'obstacle dû à une infection larvée : « légère déhiscence de l'anastomose, microabcès, agglutination d'anses contre une paroi sub-infectée » est le facteur essentiel dans la production des troubles occlusifs compliquant ces interventions. On notera ici, ce qui n'est pas absolument classique, à côté de la combinaison possible des facteurs inflammatoires et mécaniques, l'existence de lésions complexes, variées, qui s'additionnent : addition d'adhérence, addition de bride... qui se complètent et s'aggravent réciproquement.

Dans notre statistique, nous avons relevé 3 observations d'occlusion en chirurgie colique (Obs. n^{os} 14, 15, 19). L'une des

observations (Obs. n° 14), montre l'existence d'une adhérence du grêle au contact de l'anastomose termino-terminale, avec, au-dessus de cette adhérence, un véritable volvulus, combinaison classique de deux facteurs.

L'autre observation (n° 15) apporte un cas d'adhérence au mésosigmoïde d'une anse grêle, sans doute par le fait de lésions de mésosigmoïdite antérieure alors qu'il n'y avait aucune adhérence au contact de l'anastomose elle-même.

Enfin, l'observation n° 19 est un cas assez troublant d'occlusion provoquée par une adhérence, de type inflammatoire, d'une anse grêle au contact d'une diverticulite suppurée développée sur le segment intestinal du côlon gauche immédiatement sus-jacent à l'anus iliaque gauche.

Nous n'avons par contre pas observé d'occlusion par engagement d'anse dans le hiatus colo-pariétal, ou dans une zone de décollement non péritonisée, ou dans une brèche mésocolique, ou enfin par un défaut de la péritonisation inférieure dans la chirurgie rectale.

Il reste à citer les occlusions de la *chirurgie abdominale en général*. Aucune intervention n'en est exempte : la banale laparotomie exploratrice dont nous rapportons un cas (Obs. n° 11), la réintervention pour bride (Obs. n° 8), enfin la chirurgie biliaire dont nous n'avons pas d'observation. Par contre, nous avons une observation d'occlusion par magma adhérentiel dans la région de l'angle gauche, après évacuation d'un abcès sous-phrénique (Obs. 18).

Il est possible, dans quelque type d'intervention que ce soit, de découvrir et de décrire les occlusions post-opératoires. Nous ne citerons pas ces autres causes, certainement rares, que nous n'avons d'ailleurs pas observées et où, là encore, comme dans d'autres chapitres, les conditions actuelles de la technique ont certainement joué leur rôle, en diminuant considérablement ce risque (chirurgie herniaire, chirurgie des éviscérations, chirurgie vasculaire par voie péritonéale).

Nous nous devons cependant de rapporter une occlusion dont nous n'avons pas d'explication précise dans un cas de néoplasme prostatique (Obs. n° 22) traité par résection endo-

urétrale, la preuve étiologique de cette occlusion n'étant pas faite puisqu'elle a cédé au simple traitement médical. On peut penser (les troubles humoraux étant éliminés) à une petite poussée cellulitique pelvienne, peut-être due à une minuscule perforation ; mais nous n'en avons aucune preuve. C'est le seul exemple d'occlusion en chirurgie urologique que nous ayons observé, les techniques nouvelles de plastie ne devant cependant pas être entièrement exemptes de cette complication.

RAPPEL CLINIQUE

Du point de vue clinique, les occlusions post-opératoires, comme toutes les occlusions aiguës, se définissent par l'arrêt des matières et des gaz, auquel s'ajoutent des signes dont les plus classiques sont : la douleur, les vomissements, le météorisme abdominal, le péristaltisme et le clapotage. La palpation, la percussion abdominale, le toucher rectal révèlent l'aspect particulier de chaque occlusion.

Cependant, excepté l'arrêt des matières et des gaz, symptôme majeur mais qui n'attire pas l'attention chez un opéré récent, tous les autres pourront être atténués ou faire défaut du fait des conditions opératoires actuelles, l'aspiration duodénale pouvant supprimer les vomissements, atténuer les douleurs et le météorisme.

Il faut distinguer les occlusions immédiates, survenant dans les heures ou les deux ou trois premiers jours qui suivent l'intervention primitive, et les occlusions secondaires précoces, se produisant après les premiers jours, pendant les trois, quatre ou cinq premières semaines.

I. — LES OCCLUSIONS DITES IMMÉDIATES

C'est ici certainement que le diagnostic clinique est le plus difficile. En effet, toute intervention abdominale entraîne nécessairement dans les suites immédiates de la douleur, un arrêt des matières et des gaz, un certain degré de météorisme

(car il succède au traumatisme de l'acte opératoire une phase de paralysie intestinale qui peut se prolonger). Et nous devons aux progrès de l'anesthésie et de la réanimation l'atténuation des nausées et des vomissements.

Il s'agira donc de malades chez lesquels on attendait la crise de gaz, mais celle-ci ne se fait pas. Au contraire, apparaît du météorisme, souvent une absence de péristaltisme, et quelquefois certains signes généraux : un peu de température ou un pouls accéléré viennent compléter le tableau. Il n'y a donc pas de signes cliniques qui soient très caractéristiques à ce stade là.

Ainsi la difficulté est que seule l'existence d'un syndrome douloureux un peu atypique, de ballonnement un peu excessif, attire l'attention. Il faut ajouter qu'il s'agit de malades qui sont très souvent sous aspiration dans ces trois premiers jours, et chez lesquels le syndrome peut être relativement camouflé : les vomissements sont supprimés mais également la plupart des signes du fait de la lutte engagée contre la distension intestinale par l'aspiration.

II. — OCCLUSIONS SECONDAIRES PRECOCES

Ici les symptômes classiques sont mis en relief d'une façon beaucoup plus simple. En effet, il s'agit presque toujours d'une crise survenant chez un malade qui avait normalement fait ses gaz, quelquefois avec une certaine difficulté, puis, à un certain moment, l'émission des gaz s'arrête, le malade vomit, il se ballonne, le péristaltisme, le clapotage viennent compléter le tableau, la température pouvant également être modifiée ainsi que le pouls.

Un tel tableau peut apparaître à des moments très différents de la scène clinique. Certains surviennent assez rapidement, dans les premiers jours après la crise des gaz, entre le 6^e et le 12^e jour. D'autres surviennent plus tardivement au cours de la deuxième, troisième semaine, ou quelquefois plus tard.

Chez certains malades, il s'est agi de petits troubles subocclusifs légers, qui avaient cédé au traitement médical, puis

qui réapparaissent quelques jours plus tard et cette fois s'installent d'une façon définitive.

Nous ne voulons pas reprendre ici l'étude détaillée des différents symptômes, qui sont bien connus, de ces occlusions, encore que leur analyse soit faite très souvent de la juste appréciation de la variation de petits signes, et donc d'une certaine expérience.

Force est de rappeler que l'on a voulu décrire des tableaux cliniques différents suivant la forme anatomique de l'occlusion.

Comme cela est classique nous rappellerons donc ce qui théoriquement permettrait de distinguer les occlusions par strangulation des occlusions mécanico-inflammatoires.

1. — *Les occlusions par strangulation*

Leur début est parfois cataclysmique. Il est tout au moins brutal, avec parfois un état de choc important. C'est la douleur qui ouvre la scène clinique ; elle est continue, avec des crises paroxystiques, et au début on aurait pu classiquement la localiser en un point abdominal précis.

L'arrêt des matières et des gaz, signe capital, n'est caractéristique que dans les occlusions secondaires précoces. Par contre, dans les suites immédiates il se confond avec la « maladie post-opératoire ».

Les vomissements, si le malade n'est pas aspiré, surviennent dès le début de la crise douloureuse. Ils peuvent toutefois être remplacés, d'abord, dans les occlusions basses, par un état nauséux les précédant.

Le météorisme abdominal est classiquement constant, mais sa recherche est difficile, et nous préférons, dans la mise en évidence des signes de lutte et de stase, le clapotage par la percussion abdominale (DESJACQUES).

Parmi les examens complémentaires, le toucher rectal est important ; il peut montrer soit la vacuité de l'ampoule rectale, soit la sensation de plénitude du Douglas révélant un blocage d'anses, ou bien l'anse volvulée elle-même.

2. — *Les occlusions mécanico-inflammatoires.*

Elles apparaissent plus volontiers dans les suites immédiates.

Les signes sont beaucoup moins nets, et dans la phase précoce la douleur, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz peuvent ne pas être évalués à leur juste gravité.

Après la première semaine, au contraire, on accordera plus volontiers de la valeur à l'apparition d'une douleur à type de coliques souvent atroces, à l'arrêt des matières et des gaz qui n'est cependant pas toujours total, aux vomissements, mais qui sont tardifs. Le péristaltisme peut persister pendant un assez long temps jusqu'à ce que la distension des anses intestinales l'arrête. Si le malade est maigre on recherchera avec soin le météorisme qui est le plus souvent généralisé. Le clapotage est rarement retrouvé ; enfin le toucher rectal, qui peut parfois permettre de sentir dans le Douglas la présence d'une collection ou d'une anse dilatée, ne montrera le plus souvent qu'une ampoule rectale vide.

3. — Quant aux occlusions dites dysdynamiques, la symptomatologie en est assez floue et leur fréquence semble bien diminuée. En effet, aux premiers signes de vomissements et de ballonnement, il est devenu un geste courant d'aspirer les malades, et nous croyons que beaucoup de cas d'occlusions qui ont cédé au traitement médical simple ont pu présenter des phénomènes « dys-dynamiques » dont la vérification s'avère impossible.

Quoiqu'il en soit il est souvent bien difficile, sauf dans quelques cas de volvulus, de prévoir cliniquement à quel type anatomique d'occlusion on aura à faire ; et c'est bien précisément une des difficultés de ces occlusions que l'interprétation d'un faisceau de petits signes cliniques permettant de serrer au maximum le diagnostic.

RAPPEL RADIOLOGIQUE

Son apport aurait voulu être capital dans ces occlusions post-opératoires. On a cherché en effet le plus souvent possible à vérifier le diagnostic clinique par des prises de clichés qui devraient objectiver la distension gazeuse précoce et la stase liquidienne.

On a voulu demander à cet examen non seulement un diagnostic positif d'occlusion, mais encore un diagnostic précoce du syndrome, et si possible une indication topographique.

Des différentes incidences décrites nous ne retiendrons avec P. RECHT (*Thèse* 1953), que deux positions :

- de face position verticale,
- de face décubitus dorsal,

rejetant, sans en nier l'intérêt, les clichés pris en décubitus ventral et latéral droit et gauche ainsi que la position de Trendelenbourg, dont la multiplicité risque de fatiguer inutilement le malade.

En position debout, on recherchera les niveaux liquides horizontaux surmontés de bulles aériques constituant les images hydroaériques, qui, sur le grêle, sont plus larges que hautes, souvent multiples, alors que sur le côlon elles ont un aspect « haustral », plus hautes que larges.

Ch. CLAVEL a décrit dans cette incidence le signe de l'arc, image isolée en arc à concavité inférieure, qui, si elle apparaît précocement, pourrait être en faveur d'un mécanisme de stran-

gulation ; par contre, sur la constatation de niveaux liquides multiples, l'auteur pense qu'il s'agirait plus fréquemment d'agglutination d'anses.

En position couchée, les anses intestinales sont mieux dessinées, et surtout le cadre colique est presque toujours bien visible, ce qui permet de vérifier son état de distension par les gaz.

A notre avis, il n'est guère possible de tirer de cette incidence d'autres renseignements. Dans les conditions anatomiques normales on reconnaît très schématiquement au grêle trois portions : classiquement le tiers supérieur se loge dans l'hypocondre gauche, le tiers moyen dans la région ombilicale et la fosse iliaque gauche alors que le dernier tiers occupe le bassin et la fosse iliaque droite. Mais les modifications anatomiques survenues du fait d'une occlusion rendent illusoire toute tentative de localiser l'accident occlusif sur telle ou telle partie du grêle.

Quant aux images radiologiques prises dans cette position et dessinant des parois intestinales très marquées et épaissies bordant les anses distendues par les gaz, elles n'ont pas encore reçu d'interprétation définitive. S'agit-il d'un aspect traduisant la présence de liquide dans le ventre, ou bien l'existence d'une réaction inflammatoire intestinale ? On ne peut tirer de ces aspects aucune indication diagnostique.

Le lavement baryté n'aurait d'indication (et encore fait avec grande prudence sous la surveillance du chirurgien), que si cliniquement on soupçonnait fortement un volvulus post-opératoire du gros intestin. Il n'a dans la majorité des occlusions post-opératoires aucune indication, et nous-mêmes n'avons jamais eu l'occasion de le pratiquer dans cette série d'observations.

On aimerait que l'examen radiologique aide à différencier les occlusions dynamiques des occlusions mécaniques ou mécanico-inflammatoires, et à travers ce problème à résoudre l'importante question de la précocité de l'acte opératoire, par la mise en évidence d'image caractéristique de strangulation. Ce n'est pas le cas.

Cependant, l'ensemble des recherches radiologiques tend à séparer ces deux aspects :

1. Les occlusions mécaniques sont caractérisées essentiellement par une distension du grêle avec des images hydroaériques.

Dans les premières heures, il devrait être possible par la recherche du signe de l'arc d'identifier les occlusions par strangulation. Plus tard, l'apparition des images hydroaériques, et la distension du grêle sur les radiographies faites debout ou couché, ne permet plus de reconnaître la cause précise de cette occlusion, qu'elle soit pas bride ou par phénomènes inflammatoires.

2. Les occlusions dites dys-dynamiques devraient être révélées, selon ISELIN, par la coexistence de distension du côlon et de distension du grêle. En outre, l'apparition, sur les clichés, d'image de distension intestinale sans niveau liquide présentant un aspect quadrillé serait pour MONDOR, PORCHER et OLLIVIER le second signe important de ces occlusions.

En fait, actuellement, c'est le plus souvent aux seuls clichés sans préparation en position debout que l'on s'adresse. Ils confirment le diagnostic en montrant les niveaux liquides. Ils situent parfois le niveau de l'occlusion. Ils peuvent aider à en comprendre le mécanisme.

METHODES THERAPEUTIQUES

I. — METHODES MEDICALES

Elles se proposent trois buts essentiels :

- a) lutter contre le déséquilibre humoral,
- b) lutter contre l'élément infectieux éventuel,
- c) lutter contre les phénomènes inflammatoires des tuniques intestinales.

Ces trois ordres de faits ont vu ces dernières années d'indiscutables transformations se faire jour qui, sans bouleverser véritablement la thérapeutique de ces occlusions, n'en ont pas moins apporté un profond changement dans sa mise en œuvre.

a) *Lutte contre le déséquilibre humoral :*

Cette thérapeutique à visée biologique a gagné depuis 10 ans en efficacité, grâce à une meilleure connaissance de l'estimation exacte des pertes hydriques et des altérations humorales analysables par l'ionogramme (chlore, réserve alcaline, pH, sodium, potassium, bases totales, urée). Il n'en reste pas moins vrai qu'elle ne peut à elle seule se proposer de traiter toutes les occlusions. Si dans quelques cas elle est une thérapeutique essentielle, elle n'est le plus souvent qu'adjuvante, nécessaire souvent, pas toujours indispensable, où il importe de ne pas commettre d'erreurs.

Cette thérapeutique devra s'exercer évidemment soit avant, soit après une réintervention chirurgicale éventuelle.

Les données essentielles concernent donc :

— la réhydratation : on connaît la formule de CRYLE « de l'eau très tôt, de l'eau continuellement, de l'eau très tard ». Les besoins sont considérables pour compenser les liquides en stase dans l'intestin et non réabsorbés, les pertes dues à l'aspiration, la diurèse, les pertes insensibles, et une éventuelle fuite due à une fistule ou à une iléostomie.

Cette équilibration demande à être parfaite, douce, particulièrement prudente chez les cardiaques et les sujets âgés. Il n'est pas possible de fixer ici de chiffres, qui sont spécifiques de chaque cas particulier, mais l'ordre de grandeur est de 2 à 4 litres par jour. Elle utilise le sérum glucosé isotonique qui représente en général les 2/3 ou la moitié de l'apport hydrique, l'autre tiers ou la moitié restante étant partagé suivant les cas, entre le sérum salé isotonique, le plasma, le sang, ou des perfusions hydriques vectrices d'autres éléments particuliers. Il est entendu que plus la quantité du liquide à passer doit être importante, plus la surveillance sera rigoureuse, et la vitesse de passage régulière et lente.

Il est également nécessaire de corriger les pertes en électrolytes, et c'est là où la pratique journalière de l'ionogramme rendra les plus grands services : les besoins en sel sont couverts par l'adjonction d'ampoules de sérum salé hypertonique à 20 % ; les besoins en potassium sont couverts par des ampoules de citrate de potassium ajoutées au liquide de perfusion à la dose de 2 à 3 grs et plus par 24 heures suivant les cas, si toutefois il n'y a pas d'hyperkaliémie (possible dans certaines formes d'occlusion, surtout dans les strangulations). Les troubles de l'équilibre acide-base sont corrigés par l'adjonction éventuelle de sérum bicarbonaté, de chlorure d'ammonium, d'acétate de sodium.

Il faut donc s'attacher à obtenir une rééquilibration hydro-électrolytique aussi parfaite que possible, en se souvenant de l'importance essentielle que revêt, pour adapter le milieu intérieur à toutes les perturbations pathologiques et à toutes les modifications thérapeutiques, l'intégrité du parenchyme rénal.

Le rein est souvent altéré par des désordres électrolytiques, et cette altération risque d'entraver la rééquilibration souhaitée.

Il faut se souvenir aussi que cette rééquilibration biologique a des limites, qu'elle ne compense qu'une partie des perturbations du milieu interne, qu'elle est soumise pour être valable à un fonctionnement correct du rein et du foie, et qu'enfin l'appréciation journalière de l'état clinique du malade (aspect général, comportement, psychisme, langue, peau, rythme respiratoire, diurèse, tension, pouls, température) garde une valeur indiscutable de surveillance et de pronostic. Il serait naïf de ramener la surveillance médicale à la simple étude d'un diagramme biologique, si complexe et fouillé soit-il.

b) *Lutte contre l'élément infectieux :*

C'est ici toute la gamme de l'antibiothérapie qu'il faut évoquer. C'est un apport thérapeutique de qualité qui, de toutes façons, tend à empêcher la diffusion des germes dans les anses occluses, magnifique bouillon de culture « *in vivo* ». Il peut également viser à traiter un abcès intra-péritonéal, ou une infection péritonéale plus diffuse ; il va enfin représenter un élément de sécurité, lorsqu'un acte opératoire sera envisagé.

La variété des antibiotiques est grande et il n'est pas possible de les analyser en détail. Rappelons seulement que la flore intestinale est extrêmement polymorphe (protéus, colibacille, staphylocoque, entérocoque...). Rappelons aussi la gravité des staphylococcies intestinales à la suite de certaines thérapeutiques antibiotiques. C'est dire que l'on devra utiliser des antibiotiques à large spectre, et que les antistaphylococciques seront très facilement associés.

La thérapeutique de base reste faite de l'emploi de la Pénicilline et de la Streptomycine à laquelle un autre antibiotique en principe injectable pourra être utilisé (Terramycine, Flabelline, Kamycine, etc...).

c) *Lutte contre les phénomènes inflammatoires locaux :*

Deux ordres de phénomènes anatomiques s'additionnent pour compléter les troubles dus à l'occlusion : c'est, d'une part,

l'œdème des tuniques intestinales, d'autre part, la réaction inflammatoire des parois intestinales et de la séreuse péritonéale, au contact de certains foyers occlusifs inflammatoires.

Les corticoïdes pourront apporter une importante contribution, sous couvert de l'antibiothérapie, à la résolution de certains blocs inflammatoires abdominaux, qu'ils soient pelviens ou autres. Souvent, d'ailleurs, ces malades ont de l'Hydrocortisone dans leurs perfusions, utilisée à titre de thérapeutique antichoc. Les diurétiques (Diamox, Diurilix) peuvent également être utilisés prudemment pour diminuer l'œdème tissulaire quelquefois considérable.

Nous ne développerons pas les autres problèmes de la thérapeutique médicale qui ne sont pas particuliers aux occlusions : problèmes du traitement du choc opératoire, problème de la stimulation des défenses organiques, problème de la stimulation du péristaltisme intestinal (Prostigmine, Péristaltine, Sorbitol), problème du traitement de la douleur...

II. — L'ASPIRATION GASTRO-DUODENALE

Depuis sa découverte par WANGENSTEEN, cette méthode s'est imposée tout particulièrement dans le traitement des occlusions post-opératoires, non pas tellement en tant qu'aspiration jéjunale, par une sonde installée le plus loin possible dans le grêle, dont la mise en place est toujours délicate, longue, et pénible pour le malade, mais sous forme de la simple aspiration gastroduodénale relativement facile à mettre, quoique toujours difficilement acceptée.

Cette aspiration a l'avantage de réaliser simplement une véritable dérivation externe, sur la partie haute du grêle et sur le couple gastroduodéal. Elle permet de diminuer souvent d'une façon importante la distension, et ceci proportionnellement d'ailleurs à la quantité mesurable de liquide aspiré. Du même coup, elle soulage le malade dont le faciès, le pouls, l'agitation, l'angoisse sont souvent transformés ; elle prépare à un geste chirurgical éventuel, en facilitant l'acte opératoire sur un intestin moins distendu, donc moins fragile, et en diminuant

Le rein est souvent altéré par des désordres électrolytiques, et cette altération risque d'entraver la rééquilibration souhaitée.

Il faut se souvenir aussi que cette rééquilibration biologique a des limites, qu'elle ne compense qu'une partie des perturbations du milieu interne, qu'elle est soumise pour être valable à un fonctionnement correct du rein et du foie, et qu'enfin l'appréciation journalière de l'état clinique du malade (aspect général, comportement, psychisme, langue, peau, rythme respiratoire, diurèse, tension, pouls, température) garde une valeur indiscutable de surveillance et de pronostic. Il serait naïf de ramener la surveillance médicale à la simple étude d'un diagramme biologique, si complexe et fouillé soit-il.

b) *Lutte contre l'élément infectieux :*

C'est ici toute la gamme de l'antibiothérapie qu'il faut évoquer. C'est un apport thérapeutique de qualité qui, de toutes façons, tend à empêcher la diffusion des germes dans les anses occluses, magnifique bouillon de culture « *in vivo* ». Il peut également viser à traiter un abcès intra-péritonéal, ou une infection péritonéale plus diffuse ; il va enfin représenter un élément de sécurité, lorsqu'un acte opératoire sera envisagé.

La variété des antibiotiques est grande et il n'est pas possible de les analyser en détail. Rappelons seulement que la flore intestinale est extrêmement polymorphe (protéus, colibacille, staphylocoque, entérocoque...). Rappelons aussi la gravité des staphylococcies intestinales à la suite de certaines thérapeutiques antibiotiques. C'est dire que l'on devra utiliser des antibiotiques à large spectre, et que les antistaphylococciques seront très facilement associés.

La thérapeutique de base reste faite de l'emploi de la Pénicilline et de la Streptomycine à laquelle un autre antibiotique en principe injectable pourra être utilisé (Terramycine, Flabelline, Kamycine, etc...).

c) *Lutte contre les phénomènes inflammatoires locaux :*

Deux ordres de phénomènes anatomiques s'additionnent pour compléter les troubles dus à l'occlusion : c'est, d'une part,

l'œdème des tuniques intestinales, d'autre part, la réaction inflammatoire des parois intestinales et de la séreuse péritonéale, au contact de certains foyers occlusifs inflammatoires.

Les corticoïdes pourront apporter une importante contribution, sous couvert de l'antibiothérapie, à la résolution de certains blocs inflammatoires abdominaux, qu'ils soient pelviens ou autres. Souvent, d'ailleurs, ces malades ont de l'Hydrocortisone dans leurs perfusions, utilisée à titre de thérapeutique antichoc. Les diurétiques (Diamox, Diurilix) peuvent également être utilisés prudemment pour diminuer l'œdème tissulaire quelquefois considérable.

Nous ne développerons pas les autres problèmes de la thérapeutique médicale qui ne sont pas particuliers aux occlusions : problèmes du traitement du choc opératoire, problème de la stimulation des défenses organiques, problème de la stimulation du péristaltisme intestinal (Prostigmine, Péristaltine, Sorbitol), problème du traitement de la douleur...

II. — L'ASPIRATION GASTRO-DUODENALE

Depuis sa découverte par WANGENSTEEN, cette méthode s'est imposée tout particulièrement dans le traitement des occlusions post-opératoires, non pas tellement en tant qu'aspiration jéjunale, par une sonde installée le plus loin possible dans le grêle, dont la mise en place est toujours délicate, longue, et pénible pour le malade, mais sous forme de la simple aspiration gastroduodénale relativement facile à mettre, quoique toujours difficilement acceptée.

Cette aspiration a l'avantage de réaliser simplement une véritable dérivation externe, sur la partie haute du grêle et sur le couple gastroduodéal. Elle permet de diminuer souvent d'une façon importante la distension, et ceci proportionnellement d'ailleurs à la quantité mesurable de liquide aspiré. Du même coup, elle soulage le malade dont le faciès, le pouls, l'agitation, l'angoisse sont souvent transformés ; elle prépare à un geste chirurgical éventuel, en facilitant l'acte opératoire sur un intestin moins distendu, donc moins fragile, et en diminuant

le risque du vomissement de début de l'anesthésie qui peut surprendre même un anesthésiste entraîné.

On lui a reproché de ne pas avoir d'action réelle sur une occlusion mécanique pure, de risquer, en camouflant les symptômes, d'apporter un retard fâcheux à une éventuelle indication opératoire, d'aggraver la déshydratation, ce qui est faux puisqu'elle ne retire que les liquides qui stagnent en amont de l'obstacle et qui ne sont pas absorbés par la muqueuse intestinale.

Elle peut même, dans certains cas, être plus qu'un simple adjuvant ; et nous pensons que la généralisation de son emploi a contribué à diminuer la fréquence des occlusions post-opératoires, et à éviter certaines réinterventions en permettant un rétablissement du transit intestinal tout à fait improbable sans elle.

Dans nos observations, 4 malades ayant présenté un syndrome occlusif tout à fait complet ont été guéris par le seul traitement médical, et dans cette guérison, malgré l'importance des autres facteurs (lutte contre l'infection, contre les phénomènes inflammatoires, stimulation du péristaltisme), nous pensons que le rôle de l'aspiration a été essentiel et que, sans elle, nous aurions dû réintervenir (Obs. 9, 11, 22 et même Obs. 23 où l'intervention a pu être réduite à une simple rectotomie, alors que le transit intestinal avait normalement repris).

Les chiffres ne donnent qu'une idée statistique erronée de la valeur de cette thérapeutique, car un certain nombre de malades, qui ont présenté seulement des troubles plus minimes du transit, mais dont quelques-uns auraient très vraisemblablement évolué vers un syndrome occlusif caractérisé, ont été traités immédiatement, et la rétrocession simple des troubles, qui n'ont inquiété le chirurgien que pendant quelques heures, n'a pas été colligée dans les suites opératoires.

III. — METHODES CHIRURGICALES

Nous conserverons pour ce rappel des méthodes chirurgicales, le plan classique qui consiste à opposer les méthodes directes et les méthodes indirectes. ,

A. — *Méthodes directes*

Ces méthodes se proposent la levée de l'obstacle, qu'il s'agisse du geste en principe simple consistant à détordre une anse volvulée, sectionner une bride, ou au contraire du geste plus complexe de libération des adhérences.

La place de l'incision pariétale peut être discutée : si la voie iliaque droite peut être utilisée pour des réinterventions sur un foyer occlusif d'origine appendiculaire, voie considérée comme moins choquante, voie définie par Ch. CLAVEL comme menant au « carrefour des occlusions », il n'en reste pas moins que, sauf pour de rares auteurs, la voie médiane est considérée comme ayant une valeur exploratrice plus grande, donc plus polyvalente, et pouvant en outre être plus simplement agrandie vers le haut ou vers le bas suivant le cas.

Dans notre statistique, nous relevons 4 réinterventions par incision iliaque droite (Mac Burney élargi) pour 14 incisions médianes et une incision iliaque gauche. Une place nettement plus importante a été donnée aux incisions par voie médiane, et de plus il faut noter que les incisions iliaques droites ont été toujours réservées à des réinterventions pour une affection appendiculaire.

Depuis longtemps cette chirurgie d'abord directe des lésions a été défendue (ALGLADE, ROUX, BERGER, TAVERNIER et DESJACQUES). Il faut lui reconnaître des avantages précis : l'avantage d'être exploratrice surtout et d'éviter de laisser évoluer un volvulus en plein ventre, l'avantage de pouvoir traiter directement la cause d'une occlusion mécanique. On a pu, par contre, lui reprocher de risquer de diffuser l'infection et de déterminer une péritonite post-opératoire à marche rapide (c'est le « pique-feu dans un foyer septique mal éteint » de PONCET), de risquer de provoquer des fistules intestinales et de larges zones de déperitonisation, enfin de ne pas s'adresser à la cause qui a provoqué les adhérences.

Les conditions techniques selon lesquelles cette exploration directe doit être faite méritent d'être précisées :

a) il importe d'éviter de traumatiser les anses intestinales

au cours de l'exploration de l'abdomen. La douceur des manœuvres, l'emploi de compresses abdominales imbibées de sérum physiologique tiède, l'exposition à l'air libre et à la chaleur du scialytique réduite au minimum, sont des conditions opératoires impératives ;

b) il faut savoir évacuer les anses intestinales distendues si cette distension est très importante et si l'on ne peut espérer de la simple section d'une bride, ou de la détorsion d'une anse, la vidange rapide des anses occluses. En effet, si l'on peut attendre de l'aspiration gastroduodénale préalable une relative diminution de la distension des anses grêles occluses, certaines anses situées près de l'obstacle peuvent néanmoins rester considérablement distendues. Il vaut mieux, avec douceur, en protégeant le péritoine par des compresses, ponctionner cette anse au trocart, quitte à suturer et à enfouir soigneusement ensuite cet orifice de ponction. Cependant, il faut garder une idée très précise de la valeur des tuniques intestinales, dont la médiocre qualité peut rendre précaire un tel enfouissement ;

c) il faut faire une toilette douce du péritoine en fin d'intervention, après irrigation avec du sérum physiologique tiède, mélangé ou non à une solution de Pénicilline ;

d) il faut respecter, lors de la réintégration du grêle dans la cavité abdominale, la disposition des anses à l'intérieur de celle-ci ;

e) le problème du drainage mérite d'être discuté : il est inutile dans les cas simples, où la section de bride, la détorsion d'un volvulus, ont représenté l'essentiel du geste opératoire. Il peut être déjà important sous forme d'un drain dans la gouttière pariéto-colique ou le pelvis, drainage qui utilisera plus volontiers les lames de Penrose que le classique tube sectionné ou perforé avant usage. On peut reprocher au drain d'être un facteur secondaire d'occlusion, mais il peut être nécessaire pour drainer ou isoler un foyer dont l'état infectieux est suspect. Enfin, il reste le large drainage par mèche, destiné à isoler du reste du ventre le foyer inflammatoire responsable des adhérences occlusives. Bien qu'en principe on puisse craindre que la présence de ces mèches soit un facteur d'occlusion itérative, il semble bien que si on les enlève assez tard

elles jouent effectivement le rôle de barrière que l'on attend d'elles, et qu'elles ne soient pas la cause d'ennuis ultérieurs. Elles peuvent actuellement, dans une certaine mesure, être remplacées par l'emploi large de lames de Penrose.

Dans notre statistique, il faut noter un large emploi de ce drainage par mèche, soit sous forme de mèche simple, soit sous forme de véritable Mickulicz (8 observations : n^{os} 2, 4, 5, 7, 10, 15, 17, 19), alors que dans 10 cas la réintervention n'a été suivie d'aucun drainage (Obs. 3, 6, 8, 12, 13, 14, 16, 20, 21, 24) et que dans 2 cas il y a eu un simple drainage par drain de caoutchouc (Obs. 1, 18).

Certes, il est des cas simples où l'absence de drain est préférable ; le problème réel concerne évidemment les cas où le drainage se discute. Il est certain que, suivant les auteurs, dans des cas identiques, on pourra terminer l'intervention différemment quant au drainage. Dans les observations que nous rapportons, on a utilisé avec succès le large drainage par Mickulicz.

B. — Méthodes indirectes

Celles-ci peuvent comporter soit des dérivations internes, soit des dérivations externes.

Ces méthodes cherchent à mettre le malade à l'abri des conséquences immédiates de l'occlusion, et à favoriser ainsi la résolution du processus inflammatoire, rompant le fameux cercle vicieux.

a) *La dérivation interne*

Elle a été défendue par l'école parisienne avec OCKYNYCZ, QUENU et BOMPART. A Lyon, DESJACQUES en a rapporté des succès.

Techniquement elle peut se concevoir de deux façons différentes, soit que l'on fasse une anastomose sélective, après une exploration abdominale, entre l'anse dilatée et une anse voisine sous-jacente au foyer de l'occlusion, soit que l'on fasse une anastomose de principe, sans exploration, entre l'anse dilatée

et le côlon en aval de l'obstacle (dans une région où la proximité du grêle distendu et du côlon plat rend cette anastomose aisée).

Il peut donc s'agir, suivant les cas, d'anastomoses latéro-latérales, iléo-iléales ou jéjuno-iléales, ou encore d'anastomoses iléo-coliques (iléo-transverses, iléo-sigmoïdiennes).

Cette entéro-anastomose dérive le contenu intestinal à distance du foyer, sans risquer une dénutrition par fistulisation du grêle. Mais elle est passible de graves reproches : sans insister sur le problème discutable de la résorption toxique, elle risque de créer une disposition anatomique nouvelle susceptible de favoriser des troubles occlusifs ultérieurs, elle nécessite une anastomose sur un intestin aux parois fragiles où les sutures peuvent être précaires, elle risque enfin de laisser un obstacle mécanique, ou d'ignorer un foyer infectieux évolutif.

b) *La dérivation externe :*

Nous ne ferons que citer la jéjunostomie, que certains chirurgiens anglais ont utilisée pour évacuer les produits les plus toxiques, mais qui n'a plus d'intérêt aujourd'hui avec l'emploi de l'aspiration gastroduodénale qui, précisément, permet d'évacuer la partie haute du grêle.

L'iléostomie défendue par GOSSET, DELORE, SANTY, Pierre BERTRAND, reste l'intervention simple, rapide, bénigne qu'ils ont décrite, si l'on respecte ses conditions techniques (anesthésie locale, petite incision le plus souvent iliaque gauche en dehors du foyer opératoire, dérivation sur la première anse dilatée qui se présente — emploi du procédé de WITZEL ou de FONTAN, ce dernier étant seul utilisable si l'on ne connaît pas le sens du courant.

On a dit de cette iléostomie qu'elle était salvatrice au même titre que la trachéotomie d'urgence.

Il faut dire cependant qu'elle a perdu de son intérêt depuis l'apparition des techniques modernes d'anesthésie et de réanimation, qui permettent mieux qu'il y a quelques années d'envisager une véritable réintervention large.

On lui avait d'ailleurs reproché depuis longtemps de ne pas

comporter d'exploration abdominale, donc de risquer d'être mal placée sur le grêle (trop haute, elle serait suivie de troubles de dénutrition), ou d'ignorer un obstacle mécanique provocateur de lésions de sphacèles avancées. Enfin, on a dit qu'elle créait une fistule du grêle qui ne se fermait pas toujours spontanément, entraînant une dénutrition considérable et altérant les téguments et les tissus cruentés de la plaie.

Enfin, elle est en elle-même une cause possible d'occlusion secondaire par la fixation pariétale de l'anse qu'elle a créée.

On peut dire cependant qu'elle reste quelquefois le seul geste possible chez des malades très fragiles, qu'elle peut même être éventuellement itérative, qu'elle a rapidement une valeur pronostique suivant « qu'elle donne ou qu'elle reste sèche ».

Quel que soit son indiscutable perte de faveur il ne faut pas oublier que la thèse de THORY lui devait 70 % de guérison.

On voit que l'éventail thérapeutique utilisable devant ces occlusions post-opératoires est très large et l'on conçoit que les indications thérapeutiques soient restées difficiles.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Les indications thérapeutiques restent difficiles à poser, malgré l'amélioration de certaines méthodes de traitement, surtout médicales, parce que, parallèlement, les possibilités diagnostiques n'ont fait que des progrès relatifs ; l'éternelle difficulté persiste car certains malades sont longs à faire leur gaz, et d'autre part, il est des volvulus très précoces dont ni la clinique ni la radiologie n'ont permis encore de faire un diagnostic assuré.

I. — TRAITEMENT PREVENTIF

Les éléments du traitement préventif sont bien connus et si certains ne sont pas discutables, tels que les conditions techniques générales de la chirurgie abdominale (douceur des manœuvres, respect de la séreuse péritonéale, perfection de la péritonisation dans son exécution, fermeture de tout hiatus anatomique, emploi raisonné des antibiotiques intra-péritonéaux, qualité de l'hémostase, utilisation réduite et cependant suffisante du drainage), d'autres sont plus complexes et plus variés selon les écoles, et difficiles à discuter ici.

En chirurgie intestinale, biliaire, gynécologique, certaines techniques peuvent peut-être engendrer plus facilement des occlusions post-opératoires.

A ce sujet nous rappelons la discussion soulevée par CLAVEL à propos de ce qu'il nomme les interventions idéales. Pour lui

la cholécotomie idéale, la colectomie idéale, la fermeture sans drainage de certaines appendicites, la chirurgie conservatrice en gynécologie, sont à l'origine d'un certain nombre de complications post-opératoires. Il ne s'agit pas ici de discuter de ces méthodes, mais plutôt de reconnaître que la tendance chirurgicale est précisément d'exécuter de telles interventions « idéales », et que le but est plutôt de réussir à les exécuter sans qu'elles soient à l'origine de troubles occlusifs, plutôt que de les réfuter pour avoir été à l'origine d'un certain nombre d'occlusions. On voit donc que la discussion du traitement préventif déborde très largement le cadre des occlusions elles-mêmes et s'étend à tous les aspects de la chirurgie abdominale.

II. — TRAITEMENT

Les indications du traitement des occlusions post-opératoires nous semblent dominées par plusieurs notions :

a) Nous rappellerons que le plus souvent il est impossible avant l'exploration abdominale de connaître le mécanisme exact de l'occlusion. On peut suspecter sur des nuances cliniques ou radiologiques un volvulus ou un foyer inflammatoire, mais, sauf dans les cas où l'on peut découvrir par l'examen clinique un abcès, un doute persiste toujours sur l'étiologie.

b) Nous rappellerons qu'il est une période dans les suites opératoires particulièrement embarrassantes, c'est celle des 3^e, et 4^e jour où l'on se demande s'il s'agit d'un simple retard à l'évacuation des gaz ou d'une occlusion véritable.

c) Enfin, nous insisterons sur le fait qu'actuellement, si la mise en jeu immédiate du traitement médical (aspiration, équilibration biologique, anti-infectieux...) est toujours indispensable, elle peut être génératrice de difficultés thérapeutiques parce que le chirurgien peut voir à la suite de ce traitement se rétablir le transit intestinal pendant plusieurs jours, malgré l'existence de troubles anatomiques importants. Mais ce rétablissement du transit peut n'être que temporaire, ou partiel, et dès lors le chirurgien risque, en espérant trop longtemps de

ce seul traitement une action thérapeutique complète, de laisser passer l'heure de la réintervention.

C'est ainsi que dans nos observations nous retrouvons à plusieurs reprises le reflet de cette difficulté :

— Dans l'observation n° 17 un tableau occlusif se dessinait vers le 11^e jour après l'intervention primitive, alors qu'un abcès pelvien était découvert. Le traitement médical avait amené le rétablissement du transit temporairement, mais l'aggravation du tableau clinique a obligé à réintervenir le 17^e jour.

— Dans l'observation n° 18, un tableau occlusif s'est installé vers le 18^e jour, qui a régressé avec des alternances d'amélioration complète, puis de réapparition des troubles. C'est seulement 10 jours plus tard, soit 28 jours après l'intervention primitive, que l'on est réintervenu.

— Dans l'observation n° 14 les troubles occlusifs sont apparus le 10^e jour après l'intervention, et cependant ce n'est que 9 jours plus tard, soit au 17^e jour post-opératoire que l'on réintervint. Dans la même observation le malade a d'ailleurs fait 9 mois plus tard de nouveaux troubles occlusifs qui ont rétrocedé par le seul traitement médical.

— Dans l'observation n° 19, c'est au bout d'une huitaine de jours que des troubles occlusifs sont apparus, puis à trois reprises successives ont disparu complètement pour réapparaître. L'état général assez médiocre du malade avait fait hésiter à réintervenir plus vite. C'est seulement 13 jours après l'intervention primitive que l'on réintervint.

On constate que les malades pour lesquels une réintervention a ainsi été retardée sont des cas plus récents, ce qui semble prouver que l'on devait réintervenir plus rapidement dans les anciennes interventions, sans attendre du traitement médical plus qu'une simple préparation opératoire.

Il semble donc qu'aujourd'hui, toute proportion gardée, l'heure de la réintervention est plus difficile à fixer. On a forcément tendance à attendre lorsque le traitement médical a amené la résolution des symptômes ; mais cette attente doit rester vigilante et il importe de ne pas laisser passer l'heure du geste chirurgical salvateur, car malgré une rééquilibration biologique

aussi précise que possible celle-ci n'est certainement qu'approximative et elle ne saurait être prolongée indéfiniment sans risque pour l'équilibre du milieu intérieur ou pour la résistance des organes agressés. Il est juste donc de souligner l'erreur moderne qui consisterait à vouloir attendre trop des thérapeutiques non chirurgicales.

Avant de discuter de la conduite thérapeutique nous insisterons sur le fait que la surveillance attentive de l'opéré reste capitale pour poser d'exactes indications. L'aspect du malade garde sa valeur, et une altération du faciès, une certaine angoisse, un peu d'agitation, un pouls qui s'accélère sans que des signes de thrombose se manifestent, *a fortiori* un arrêt des gaz, un vomissement, du hoquet, quelques nausées doivent éveiller l'attention. Elle permettra de mettre en évidence un petit élément douloureux nouveau chez un malade tranquille jusque là ; elle permettra d'apprendre que les calmants ont dû être plus largement utilisés que les jours précédents. Elle fera découvrir un certain ballonnement, une asymétrie abdominale, quelques ondes péristaltiques un peu de clapotage, des gargouillements. Chez ce malade deux éléments vont aider à compléter le diagnostic et à décider du traitement ; ce sont :

— l'étude radiologique,

— l'épreuve thérapeutique.

a) *L'étude radiologique* a ici une indiscutable valeur et les clichés sans préparation de l'abdomen, quelquefois renouvelés, vont permettre de découvrir des niveaux liquides, des images de distension gazeuse de l'intestin. On aimerait pouvoir obtenir de cette étude des précisions anatomiques, et cependant les signes radiologiques, même en cas de volvulus, sont souvent peu marqués au début. En effet, « l'anse volvulée ne renferme le plus souvent que du liquide : elle est donc peu visible sur les radiographies sans préparation ; la distention gazeuse en amont de l'obstacle n'apparaît que plus tardivement ». Ce n'est que dans de rares cas que certains auteurs ont pu repérer une boucle opaque à limites imprécises, à teinte homogène et remarquablement fixe. Tous les auteurs, comme PORCHER, insistent

sur la rareté de ces images. Ce n'est que plus tardivement que l'on trouve les aspects classiques : images hydro-aériques étagées, avec des arceaux gazeux distendus, visibles sur les clichés de face ou de profil.

b) *L'épreuve thérapeutique* est réalisée par la mise en jeu complète de la thérapeutique : l'aspiration en particulier lorsqu'elle ramène dans les heures qui suivent son installation une importante quantité de liquide sale (1 litre, 2 litres, parfois plus) confirme certainement le diagnostic. Mais d'autre part, si ce traitement médical, chez un malade dont la symptomatologie n'était pas trop bruyante, amène la résolution en quelques heures du syndrome clinique, il y a des chances pour qu'il s'agisse d'une simple occlusion dynamique, ou d'une occlusion par une adhérence minime qui ne perturbera pas, une fois le transit repris, la physiologie du grêle. C'est ainsi que chez 5 malades nous n'avons pas eu à intervenir et l'épreuve thérapeutique médicale est restée le seul traitement (Obs. n° 9, Obs. n° 10, où après une réintervention un tableau occlusif est réapparu secondairement 4 jours plus tard, Obs. n° 11, Obs. n° 22, Obs. n° 23, où une rectotomie pour abcès pelvien fut ultérieurement nécessaire).

Cette épreuve thérapeutique doit bien être considérée comme une épreuve, c'est-à-dire qu'il faudra savoir ne pas la prolonger inopportunément.

« Il faut craindre, écrit DESJACQUES, de réaliser l'opération salvatrice trop tard. »

On va donc intervenir dans un nombre important de cas. Il est utile, pour simplifier l'étude de ce problème, d'en isoler des cas particuliers :

a) *Les cas particuliers*

Dans ceux-ci nous étudierons les occlusions où l'examen a permis de découvrir un abcès, le plus souvent pelvien. Il s'agit là d'une forme d'occlusion très précise, dominée par l'importance des phénomènes infectieux et inflammatoires, où l'évolution des troubles occlusifs est dominée souvent par l'évo-

lution de l'abcès. En principe, s'il existe un abcès, on cherchera à attendre du traitement médical que l'heure de l'évacuation de l'abcès permette aux troubles occlusifs de disparaître. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et il peut être nécessaire d'intervenir parce que l'aggravation des troubles occlusifs force la main.

Dans nos observations nous relevons ainsi :

— Dans l'observation n° 23, un cas, où le traitement médical a permis de contrôler les troubles occlusifs jusqu'au jour où la rectotomie a évacué un gros abcès pelvien.

— Par contre, dans l'observation n° 17, le traitement médical n'a pas permis d'attendre que l'abcès soit suffisamment collecté pour être évacué par rectotomie et il a fallu intervenir, devant la persistance des troubles occlusifs, par voie abdominale pour libérer les anses grêles adhérentes au foyer pelvien, et drainer celui-ci.

Un autre cas particulier nous semble devoir être réalisé par l'existence d'un tableau aigu de volvulus. Certes, il y a des volvulus plus bâtarde, mais certains réalisent un tableau abdominal très brutal, avec contracture, douleurs intenses, irradiées souvent à gauche, altération rapide et profonde de l'état général, avec existence parfois d'un ballonnement très localisé, que retrouvera l'examen radiologique de l'abdomen. Un tel tableau, par l'intensité de la scène clinique, par la persistance de celle-ci après mise en jeu de la thérapeutique médicale, implique un geste chirurgical très urgent. L'heure de la réintervention ne saurait ici être retardée plus longtemps que ne l'exige la préparation opératoire. Le traitement sera évidemment variable suivant l'étendue des lésions et le degré d'altération des tuniques intestinales. Il peut aller de la simple détorsion à la résection du grêle, suivie de rétablissement de la continuité par une anastomose termino-terminale, anastomose toujours délicate sur cet intestin profondément remanié. La résection gagnera donc à emporter suffisamment d'intestin et de méso pour faire porter les sutures dans une zone relativement favorable.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer un tel volvulus brutal dans les suites opératoires. Le seul volvulus que nous

Ces préliminaires établis, il faut bien reconnaître qu'une certaine unité a tendance à se faire aujourd'hui quant à la conduite à tenir au cours de l'acte opératoire.

L'iléostomie n'a guère de partisans, sauf dans des cas exceptionnels où la gravité de l'état général ferait refuser un geste chirurgical plus large. Elle garde une place un peu plus grande à titre d'iléostomie de décharge faite après intervention exploratrice, aux lieu et place de l'orifice de ponction intestinale. Dans nos observations nous trouvons ainsi une iléostomie de décharge. Il s'agissait d'ailleurs d'un cas très grave du fait de l'état intestinal (Obs. n° 2).

Donc en principe, c'est à une exploration abdominale à la recherche de la cause exacte de l'occlusion que l'on s'adresse. Nous avons dit quelles doivent être les modalités d'une telle investigation : la voie d'abord suffisamment large, iliaque droite s'il s'agit de réintervention sur un foyer appendiculaire simple, médiane le plus souvent ; la douceur des manœuvres d'exploration qui sauront éviter l'éviscération massive du grêle, les désastreuses dépéritonisations ou ruptures des tuniques, la diffusion d'un foyer infectieux éventuel. Il faudra quelquefois ponctionner une anse grêle trop distendue pour pouvoir explorer complètement. Il faudra se souvenir que deux mécanismes occlusifs peuvent être associés. Ainsi dans notre observation n° 14 existait une adhérence iléale au niveau de l'anastomose colocolique mais au-dessus existait un volvulus incomplet du grêle.

Quelquefois cette exploration mènera sur une adhérence inflammatoire relativement simple, qu'il suffira de sectionner en se méfiant cependant qu'il n'existe pas une deuxième adhérence de voisinage dissimulée par la distension des anses intestinales. C'est un mécanisme assez rarement observé dans les occlusions post-opératoires précoces en dehors des adhérences par adénopathies mésentériques (Obs. n°s 1, 12, 16) ; nous ne retrouvons ce mécanisme que dans 6 cas (Obs. n°s 3, 4, 8, 12, 13, 21).

C'est en fait le stade précoce de la plupart des occlusions tardives que nous avons éliminées de notre étude.

D'autres fois, l'exploration fait découvrir un foyer adhésif important plus ou moins inflammatoire, plus ou moins

septique, contre lequel des adhérences multiples soit directes, soit par l'intermédiaire de courtes brides, vont entraîner la confection d'un nœud iléal complexe. Sous ce magma adhérentiel peut être découvert un minuscule abcès, ou une infection plus importante, c'est le problème le plus difficile. C'est là où autrefois on a cherché à mettre en parallèle la valeur de l'iléostomie, de la dérivation interne, ou de la libération du foyer occlusif. Il semble qu'aujourd'hui l'accord se soit fait pour libérer ce foyer. C'est en tous cas la conduite qui a toujours été adoptée dans les observations rapportées.

Reste à savoir comment terminer l'intervention. Théoriquement, il est facile d'individualiser des cas presque aseptiques où l'on peut libérer le grêle et refermer complètement l'abdomen, et des cas avec abcès où, le grêle libéré, on terminera par un drainage suffisant (par mèche et drain). En fait, il est nombre de cas intermédiaires et on hésite souvent à laisser ce foyer évolutif et ces anses dépéritonisées reprendre contact dans l'abdomen. C'est pourquoi on a assez largement utilisé la classique barrière de mèches qui a l'avantage de séparer complètement le grêle de la zone responsable de l'occlusion, et quelquefois de faire l'hémostase d'une zone cruentée.

Ainsi, dans 7 observations ont été utilisés soit des mèches, soit un vrai Mickulicz (Obs. n^{os} 2, 5, 7, 10, 15, 17, 19). Le Docteur GILBERTAS a parfois isolé les mèches de la masse du grêle par des lames de Penrose. Beaucoup plus rarement il a utilisé un simple drainage par lame (Obs. n^o 18).

Il semble que dans la mesure du possible, ce drainage doive être suffisant dans un certain nombre de cas, permettant à la fois d'isoler le grêle du foyer infectieux et de drainer celui-ci. Cependant, l'isolement du foyer n'est souvent pas parfait.

Enfin, il est des cas plus complexes où le mécanisme provocateur de phénomènes occlusifs a créé des lésions pariétales irréversibles. Il n'est plus question alors que de réséquer l'anse grêle ainsi découverte, en faisant porter cette résection assez largement au delà de la zone pathologique, de sorte que l'on puisse utiliser pour l'anastomose qui va suivre des tissus intestinaux valables.

Ces résections ne sont heureusement pas très fréquentes : nous en avons relevé deux cas : dans l'un (Obs. n° 12), il s'agissait d'une enfant qui se trouvait en convalescence après une intervention chirurgicale faite un mois avant. Le temps passé à amener cette enfant dans un service chirurgical à laisser à la bride le temps de créer des lésions irréversibles du grêle, dont il fallu réséquer 30 cms.

Dans l'autre observation (Obs. n° 20), il s'agissait d'une véritable incarcération d'une anse jéjunale dans la loge splénique. Il s'est avéré, tant l'adhérence était étroite, impossible de libérer cette anse, tout à fait viable par ailleurs, sans la réséquer.

Ainsi aucune part n'a été faite à la dérivation interne dans ces réinterventions. Elle peut peut-être rendre des services dans des cas particuliers où l'état du malade ferait hésiter à libérer un magma adhérentiel trop étendu.

Reste le problème des réinterventions si les phénomènes occlusifs persistent après une première intervention : c'est un problème extrêmement difficile où l'on risque cependant de laisser, là encore, évoluer une authentique lésion occlusive mécanique mortelle. Il est possible, en effet, de voir secondairement apparaître un volvulus après l'intervention pour occlusion, comme dans l'observation n° 24 où après un geste chirurgical qui avait amené la simple libération de bride, il a fallu réintervenir trois jours plus tard pour découvrir un volvulus qui ne semble pas avoir été ignoré lors de la première intervention où l'exploration abdominale avait été complète.

Dans l'observation n° 6, on peut également se poser la question d'un volvulus du fait de la persistance des troubles occlusifs, et de la mort, quatre jours après une première réintervention, mais il n'y eut pas d'exploration abdominale itérative ou post mortem dans ce cas.

Les indications thérapeutiques dans ces occlusions post-opératoires restent indiscutablement un des problèmes difficiles de la chirurgie abdominale, quel que soit le moment et la façon dont elles se présentent.

Elles posent toujours au chirurgien un problème angoissant, quelquefois heureusement assez simplement résolu, problème thérapeutique dominé par cet état anatomique si particulier du grêle occlus, qui fait que paradoxalement cet organe à la chirurgie aisée devient, au contraire, extrêmement hostile aux manipulations et aux actes chirurgicaux.

RESULTATS

Les résultats peuvent être étudiés en fonction de facteurs très différents tels que la nature de l'intervention première, la conduite thérapeutique, etc...

I. — LES RESULTATS DU TRAITEMENT MEDICAL

Ce chapitre, comme nous l'avons écrit plus haut, est forcément erroné dans ses conclusions parce que sont soustraits de cette statistique un certain nombre de malades, pour qui l'institution immédiate du traitement médical, aux premiers signes de suspicion occlusive, a amené une rapide et complète disparition de la scène clinique, si bien que mention n'en a pas été faite dans les suites opératoires. Il est facile de dire à postériori que ces malades n'avaient pas une occlusion ; nous croyons en fait, que ces malades auraient constitué une authentique occlusion s'ils n'avaient pas été traités dès les premiers signes.

Dans nos observations, nous pouvons dire que tous les malades ont été d'abord mis au traitement médical, et que ceux chez lesquels nous avons dû intervenir sont donc précisément des échecs de ce traitement, compte tenu du fait que suivant les cas, ce traitement a été continué quelques heures ou quelques jours. Chez un certain nombre de malades on est seulement intervenu au bout de 5 et même 8 jours.

Donc sur 24 occlusions caractérisées, 4 seulement ont été traitées sans intervention (Obs. 9, 11, 22, 23) ; le chiffre peut paraître faible mais nous avons déjà insisté sur ce qu'il a de relatif.

Ce traitement médical a souvent dû être maintenu plusieurs jours pour obtenir une disparition complète des symptômes. Il a dû parfois être repris parce que, dès la suppression, le malade se ballonnait à nouveau. En urgence il a été maintenu 2 à 3 jours.

II. — LES RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est nécessaire ici pour les analyser de reprendre les différentes têtes de chapitre du traitement chirurgical.

C'est ainsi que nous verrons successivement les résultats des sections de brides, des grandes libérations d'adhérences avec cloisonnement par mèches, des iléostomies enfin.

Ces résultats n'ont qu'une valeur bien relative, parce qu'il est certain que les sections de brides simples se sont adressées à des cas éminemment favorables, que les grandes libérations d'adhérences se sont adressées à des occlusions déjà très péjoratives dans leur contexte anatomique, et les iléostomies à des cas gravissimes. Nous aurons également, pour la détorsion d'un volvulus, la résection intestinale, à juger ici des résultats : c'est donc juger pour des situations absolument différentes, des solutions thérapeutiques diverses.

L'analyse des chiffres permet cependant de faire certaines constatations :

a) La libération d'une petite adhérence ou d'une petite bride simple a toujours été suivie de succès : (Obs. n^{os} 1, 3, 8, 13, 16, 21, 24). Ces adhérences simples ont été provoquées le plus souvent par une adénolymphite (Obs. n^{os} 1, 16) ou par une myomectomie (Obs. n^{os} 3, 21).

Le cas de l'observation n^o 4 où après section d'une bride épiploïque simple est apparue une fistule duodénale mortelle,

est un cas très particulier d'une occlusion précoce portant sur l'anse afférente d'un Polya.

Le cas de l'observation n° 24 mérite également d'être discuté : il s'agissait du début de phénomènes occlusifs et apparemment d'une simple bride épiploïque au niveau de la dernière anse grêle ; mais la libération n'a pas amené la rémission espérée des symptômes. Si bien que, devant l'aggravation des phénomènes occlusifs, il a fallu réintervenir, 3 jours plus tard, pour découvrir un volvulus dont on peut discuter le mécanisme, mais qui a pu être favorisé par l'exploration abdominale de la réintervention. La détorsion du volvulus et une iléostomie ont permis la guérison.

b) La libération d'adhérences complexes avec large déperitonisation du grêle suivie de cloisonnement par Mickulicz compte pour des cas toujours graves, des succès qui restent très valables mais aussi quelques échecs :

— *Observation n° 2* (occlusion post-appendiculaire. Libération d'adhérence, Mickulicz, jéjunostomie) : après une amélioration des troubles occlusifs apparaît une fistule du grêle ; réintervention mais apparition d'un abcès sous-phrénique, cachexie et mort.

— *Observation n° 5*, occlusion post-appendiculaire, libération d'adhérences, deux mèches, guérison.

— *Observation n° 7*, occlusion post-appendiculaire, libération d'adhérences, évacuation d'un petit abcès, 2 mèches, guérison.

— *Observation n° 10*, occlusion après adénolymphite, libération d'adhérences, évacuation d'une suppuration, 1 mèche, guérison.

— *Observation n° 15*, occlusion après REYBARD pour cancer du sigmoïde, libération d'adhérences, Mickulicz, exitus par complication vasculaire.

adhérentiel et une iléostomie. On peut se demander si un volvulus ne s'est pas produit après la réintervention ;

- le malade de l'observation n° 15 est mort brutalement d'un accident d'allure vasculaire deux jours après la réintervention (femme de 75 ans).

IV. — LE RESULTAT EN FONCTION DES ANTECEDENTS IMMEDIATS (opération primitive)

On peut ici discuter des résultats en fonction de l'intervention primitive. Mais le déséquilibre entre le nombre d'occlusions que nous possédons après une affection appendiculaire et les occlusions après une autre intervention, fausse évidemment les conclusions.

— *Après appendicite*, nous avons observé 10 occlusions (Obs. n°s 2, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 17, 23, 24). Il s'agissait dans tous les cas d'appendicites graves avec gangrène appendiculaire et réaction péritonitique plus ou moins importante. Deux malades sont morts des suites de ces occlusions (Obs. n°s 5, 6).

— *Après adénolymphite mésentérique*, nous avons observé 3 occlusions (Obs. n°s 1, 10, 16). On peut discuter dans ce chapitre l'observation n° 12. Toutes ont guéri après libération d'adhérences. Mais nous insistons sur la fréquence relative des occlusions au cours des adénolymphites importantes.

— *Après intervention gastrique*, nous avons observé deux occlusions (Obs. n°s 4, 20). Dans un cas, il s'agissait d'un Polya pour ulcère, dans l'autre d'une gastrectomie totale avec rétablissement œoso-jéjuno-duodénal de la continuité. Le premier malade est décédé rapidement d'une fistule duodénale ; l'autre est décédé dans un état cachectique ultérieurement après que les phénomènes occlusifs dus à l'incarcération splénique d'une anse grêle aient été traités par résection jéjunale.

— *Après intervention gynécologique*, nous n'avons observé que deux occlusions (Obs. n°s 3, 21). Dans les deux cas, il s'agissait d'une myomectomie. Les suites opératoires ont été simples

après libération d'adhérences et l'une des malades, chez laquelle l'indication de la myomectomie était une stérilité, a présenté une grossesse trois mois plus tard.

— *Après intervention intestinale*, nous avons observé 4 occlusions (Obs. n^{os} 8, 14, 15, 19). Dans un cas, il s'agissait d'une récurrence de bride (Obs. n^o 8), ce qui est banal. Dans les autres cas, il s'agissait primitivement de colectomie pour néoplasme colique (angle gauche, sigmoïde, rectum). L'un est mort d'un accident vasculaire, les deux autres ont guéri de leur complication occlusive.

Nous avons encore observé une occlusion après évacuation d'un abcès sous-phrénique, une après laparotomie exploratrice, une après résection endo-urétrale d'un cancer de la prostate. Les trois ont guéri.

Il faut reconnaître, lorsqu'on analyse le résultat du traitement de ces occlusions, que si cette complication reste toujours importante et sérieuse, les conditions de la surveillance post-opératoire, permettent cependant de mettre immédiatement en jeu toute une gamme thérapeutique qui en réduit d'une façon considérable la gravité.

CONCLUSIONS

Le problème des occlusions post-opératoires reste toujours d'actualité, encore qu'il semble au second plan actuellement si l'on en juge par le peu de discussion qu'il a suscité dans les sociétés savantes ces dernières années.

A propos de 24 observations originales, nous avons fait un rappel des conditions anatomiques et physiologiques qui président au développement de ces occlusions. Nous avons également rappelé les notions cliniques et radiologiques essentielles.

Enfin, nous avons discuté, à propos de nos observations, la valeur des méthodes et la difficulté des indications opératoires.

Quelques particularités semblent ressortir de cette analyse :

1° Du point de vue étiologique, la relative fréquence des occlusions par adénolymphite, puisque nous en rapportons 4 cas sur un total de 24 observations.

2° Du point de vue anatomique, la multiplicité des lésions (adhérences simples, magma adhérentiels avec abcès minuscule ou important, volvulus) et l'impossibilité où l'on reste, sauf dans de très rares cas (abcès), de prévoir exactement avant la réintervention le type de l'occlusion, malgré la valeur, pour ce diagnostic, des antécédents chirurgicaux immédiats, de la surveillance clinique (date d'apparition de l'occlusion, température, leucocytose, perception d'un abcès, forme de météorisme, aspect radiologique du grêle).

3° Du point de vue thérapeutique :

— La considérable amélioration apportée au traitement par les méthodes médicales (aspiration, rééquilibration biologique...) capables de faire rétrocéder complètement d'authentiques occlusions, mais paradoxalement la difficulté plus grande à se décider à réintervenir à temps. C'est donc le problème des limites de cette thérapeutique médicale que seule l'observation clinique permet de fixer.

— La valeur persistante de la grande intervention d'exploration abdominale de libération d'adhérence, terminée par la mise en place de mèches ou de lames de Penrose, lorsqu'elle s'avère nécessaire, c'est-à-dire dans des cas particulièrement difficiles à résoudre du point de vue anatomique.

— La difficulté également à se décider à réintervenir à nouveau après une première réintervention, les phénomènes occlusifs persistant. Le désespoir stérile n'est plus de mise actuellement, car l'efficacité de l'anesthésie et de la médication permettent d'envisager, s'il le faut, un second geste.

VU, LE DOYEN :

H. HERMAN.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

P^r BERTRAND.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 juin 1963.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ :

P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

- Pour la bibliographie antérieure à 1953, se reporter à :
RECHT (P.). — Contribution à l'étude des occlusions post-opératoires immédiates et secondaires précoces. *Thèse*, Paris, 1953.
- ALBOT (G.) et POILLEUX (F.). — Intestin grêle, Côlon, Rectum. Masson & C^{ie}, 1956.
- ALEXANDRE (P.), PERROTIN (J.), QUENU (J.). — Occlusion Intestinale. G. Doin, éditeur, 1953.
- AMELINE (A.). — Ileus post-appendiculaire procéce. *Acad. Chir.*, 31-32, 779-780, 1953.
- ASTREOUD (R.). — A propos de la gravité des suites lointaines des anastomoses intestinales pratiquées « au jugé » en période d'occlusion. *Thèse*, Lyon, 1953.
- BERTRAND (P.) et CREYSSSEL (J.). — Traité de Thérapeutique Chirurgicale. Doin, éditeur, 1953.
- BRUMELOT (J.). — Occlusions aiguës précoces du grêle après colectomie gauche pour cancer. *Thèse*, Lyon, 1955.
- CHÉRIGIE (E.), HILLEMANT (P.), BISSON (A.), Mme PRADEL. — Brides et occlusions post-opératoires de l'intestin grêle. *Ann. Chir.*, 255-275, 1956.
- CHEMARIN (G.). — Sur les occlusions aiguës de l'intestin grêle. *Thèse*, Lyon, 1954.
- CLAVEL (Ch.). — Stratégie et Tactique en Chirurgie abdominale d'urgence. Masson, éditeur, 1955.

- CLAVEL (Ch.). — Clinique et Radiologie de l'occlusion aiguë du grêle. Le signe de l'arc. *Lyon Chir.*, 51, 478-479, 1956.
- COHN (I.). — Strangulation. Obstruction. *Surg. Gynec. and Obst.*, 103, 105-137, 1956.
- DESJACQUES (R.). — Réflexions sur 5 000 appendicectomies. *Presse Méd.*, 71, 803-805, 1963.
- DESJACQUES (R.). — Les occlusions aiguës post-opératoires précoces de l'intestin grêle. *Ann. Chir.*, 12, 295-303, 1958.
- EUDEL (M.). — Occlusions itératives du grêle. *Arch. Mal. App. Dig.*, 50, 1297-1298, 1961.
- FELLUS (P.) et SETBON (L.). — Essai thérapeutique contre la rétention post-opératoire des gaz intestinaux. *Acad. Chir.*, 24-25, 741-745, 1953.
- FESSLER. — L'iléo-transversostomie dans le traitement de l'occlusion. *Der Chirurg.*, 24, 304-305, 1953.
- FEVRE (M.) et PELLERIN (D.). — Ileus post-appendiculaire précoce. *Acad. Chir.*, 31-32, 775-779, 1953.
- GAUSSEN (A.) et BOUYSSOU (P.). — L'occlusion intestinale. Ducros, éditeur.
- GREGG (R. O.). — Survey of intestinal obstruction. *Surg.*, 33, 506, 1953.
- HILLEMAND (P.). — La radiologie intestinale. Numéros Spéciaux des *Feuilles du Praticien*, 4, 1955.
- ISELIN (M.), BLANGUERNON (S.), RECHT (P.). — Occlusions post-opératoires précoces. *Acad. Chir.*, 29-30, 722-730, 1953.
- LAFARGUE (H.). — Contribution à l'étude des occlusions post-opératoires précoces et à leur traitement. *Thèse*, Bordeaux, 1954.
- LAGACHE (G.), SOOTS (G.), MARTINOT (M.), Mme GODEFROY-VENDEVILLE. — A propos de trois cas d'occlusion post-opératoire due au talc. *Lille Chir.*, 13, 219-224, 1958.
- LANCE (P.), LE CŒUR (P.), KIENY (Ch.). — Ileus post-appendiculaires. *Acad. Chir.*, 31-32, 780-782, 1953.
- LASSAUBATJU (H.). — Les occlusions de l'intestin grêle après gastrectomie. *Thèse*, Bordeaux, 1957.
- LAURENCE (G.). — Discussion sur l'ileus post-appendiculaire. *Acad. Chir.*, 1-2, 43-46, 1954.
- LAURENCE (G.), MATHIS (G.), ANGLADE (G.). — Résultats obtenus par la méthode de prévention systématique et d'abstention chirurgicale dans les ileus post-appendiculaires précoces chez l'enfant. *Acad. Chir.*, 27-28, 682-691, 1953.

- LEGRAIN (M.). — Bases physio-pathologiques de l'équilibre hydro-électrique. Ses applications à l'étude de la surveillance des opérés. *Journ. Chir.*, 69, 507, 1953.
- MAC CUNE (W.S.) et KESGISHIAN (J.M.). — Occlusion intestinale post-opératoire. *Surg., Gynec. and Obst.*, 96, 567-572, 1953.
- MALAN (E.). — Ostruzione Intestinale. E. M. E. S., éditeur, Rome, 1959.
- MARCEL (J.-L.). — Etude des troubles consécutifs aux résections intestinales. *Thèse*, Lyon, 1959.
- MATHIEU (J.), MICHAUD (P.), MIALARET (J.). — A propos des limites de l'aspiration dans l'occlusion post-opératoire précoce après appendicite aiguë chez l'enfant. *Acad. Chir.*, 19-20, 515-520, 1954.
- MIALARET (J.). — Ileus post-appendiculaire précoce. *Acad. Chir.*, 29-30, 745-749, 1953.
- MIALARET (J.) et MICHAUD (P.). — Traitement pré et post-opératoire de l'occlusion intestinale aiguë de l'adulte. LV^e Congrès Assoc. Franç. Chir. Rapport des auteurs dans le *Journ. Chir.*, 69, 749-764, 1953.
- MICHAUD (P.), TRAEGER (J.), MICHEL (A.). — Surveillance humorale en chirurgie. *Presse Méd.*, 61, 858, 1953.
- MICHAUD (P.), TRAEGER (J.), MICHEL (A.). — Etude humorale des occlusions intestinales aiguës. *Rev. Lyon. Méd.*, 3, 559-572, 1954.
- MOULINE (M.). — Contribution à l'étude des occlusions intestinales. *Thèse*, Montpellier, 1955.
- OLIVIER (Cl.). — Radiodiagnostic des occlusions intestinales aiguës. Masson, éditeur.
- OLIVIER (Cl.) et ARVAY (N.). — Occlusions post-opératoires précoces des interventions abdominales. *Acad. Chir.*, 8-9, 248-251, 1954.
- OLIVIER (Cl.), ARVAY (N.), FERRARI (J.). — Radiodiagnostic des occlusions du grêle par brides et adhérences. *Presse Méd.*, 61, 1355-1357, 1953.
- OWEN (H.) et WANGENSTEEN (O.H.). — Occlusion Intestinale. Charles C. Thomas, éditeur.
- PAMPARI (D.) et PARISOLI (U.). — Les occlusions après gastrectomie. *Minerva Chir.*, 13, 1958.
- ROUX (G.), NÈGRE (E.), MARCHAL (G.). — Les étranglements dans l'hiatus rétro-anastomotique après gastrectomie. *Journ. Chir.*, 70, 472-480, 1954.
- SAUBIER (E.) et BARRY (P.). — Les occlusions post-opératoires du grêle dans la chirurgie du gros intestin. *Ann. Chir.*, 11, 936-940, 1957.

- SIMON (G.-C.) et MÉTAIRIE-SIMON (P.). — Occlusion mécanique du grêle par strangulation. *Presse Méd.*, 70, 70, 1962.
- TACHON (J.-A.). — Opération de Noble dans les occlusions post-opératoires. *Thèse*, Bordeaux, 1955.
- TOADER (C.), IONESCU (M.), POPESCU (I.). — Gastro-iléostomie compliquée d'un volume de l'intestin grêle. *Revista Méd. Chir.*, 63, 429-432, 1959.
- WEISS (A. G.), HOLLENDER (L.), GERST (J.). — Aspiration continue et équilibration électrolytique dans l'occlusion intestinale aiguë. *Lyon Chir.*, 49, 191-208, 1954.
- YOVANOVITCH (B. Y.), KANGRGA-TOCHITCH (V.), ROSSITCH (V.). — Occlusions intestinales post-opératoires. (Etude statistique à propos de 105 observations personnelles.) *Journ. Chir.*, 82, 349-359, 1961.
- ZASLOW (J.), PORTNER (J. H.), COHEN (E. A.), KRAEMER (V.). — Occlusion aiguë de l'intestin grêle sans signes radiologiques. *Amer. Journ. of Gast. Ent.*, 35, 122-126, 1961.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
OBSERVATIONS	15
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	34
ETUDE PHYSIO-PATHOLOGIQUE	41
ETUDE ETIOLOGIQUE	46
RAPPEL CLINIQUE	53
RAPPEL RADIOLOGIQUE	57
MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES	60
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES	70
RÉSULTATS	83
CONCLUSIONS	90
BIBLIOGRAPHIE	92

